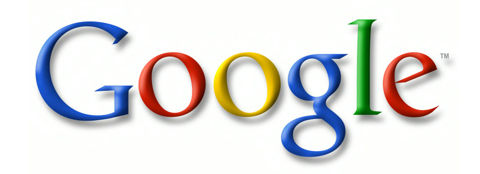
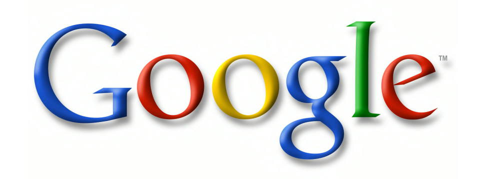
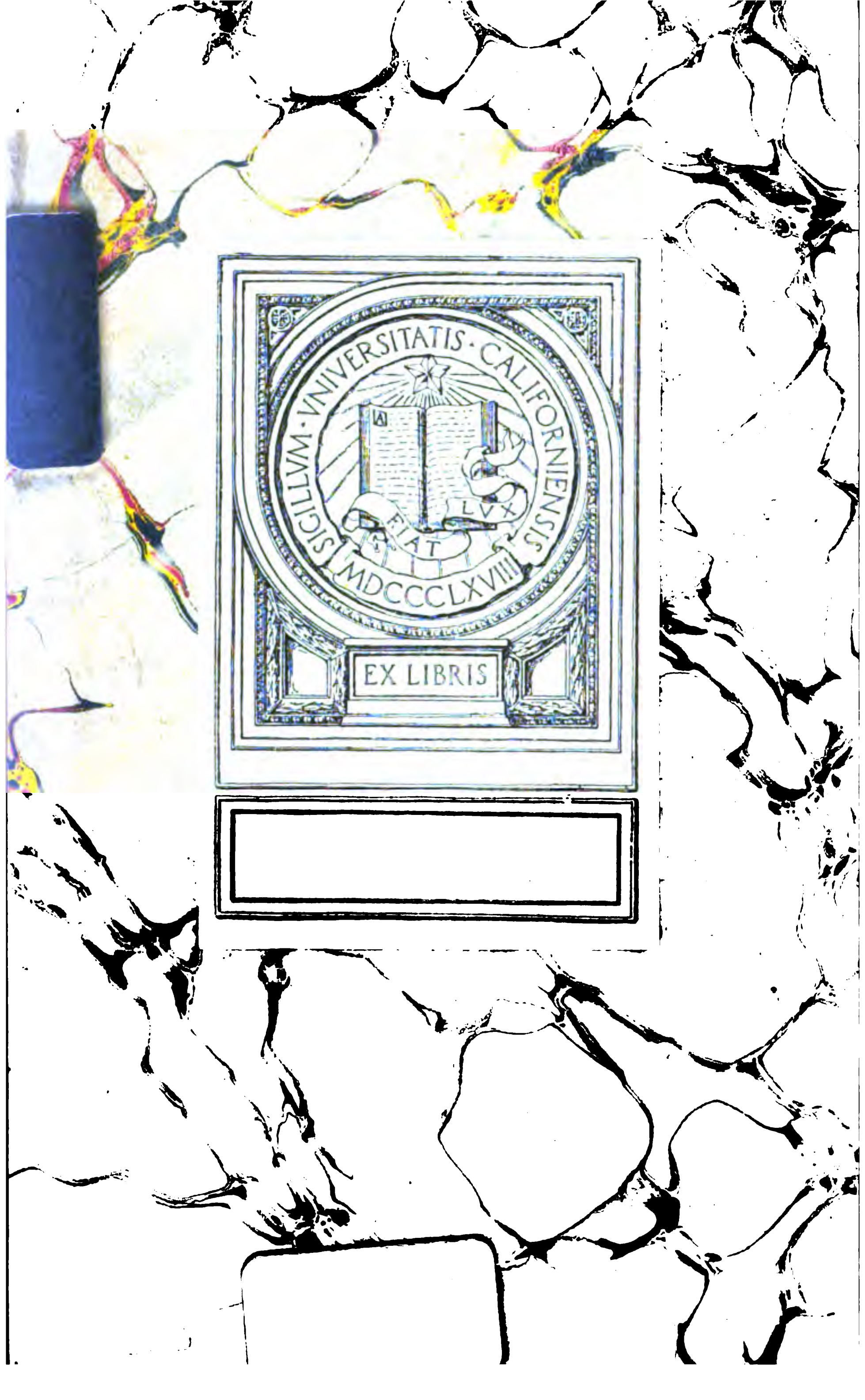



Google



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE-RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1903

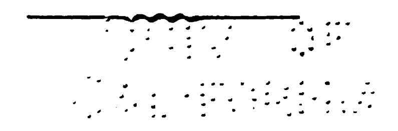
PAR

BOURNEVILLE

Avec la collaboration de

J. BOYER, L. IZOU, LEMAIRE, REINE MAUGERET (Mlle),
JULIEN NOIR, PAUL-BONCOUR.

Volume XXIV
Avec 72 figures dans le texte et 17 planches.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard St-Germain, 108.

1904

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1903

(Bicêtre et Fondation Vallée)

PREMIÈRE PARTIE

Section I : **Bicêtre.**

Histoire du Service pendant l'année 1903.

I.

Situation du service. — Enseignement primaire.

Les enfants de la *quatrième section* du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre sont répartis en trois groupes principaux : 1° Les *enfants idiots*, *gâteux*, *épileptiques* ou *non*, mais invalides (Bâtiment Séguin); — 2° les *enfants idiots*, *gâteux* ou *non*, mais valides ; — 3° les *enfants propres*, *valides*, *imbéciles*, *arriérés*, *instables*, *pervers*, *épileptiques* et *hystériques* ou *non*.

*
* *

I. *Enfants idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais invalides. — Ce premier groupe est subdivisé en deux catégories. La première se compose des enfants *idiots complets*, ne parlant, ni ne marchant, considérés généralement, à tort comme tout à fait

incurables. La plupart d'entre eux sont, contrairement à l'opinion courante, susceptibles d'amélioration, même à *un degré très notable*, au point d'arriver à

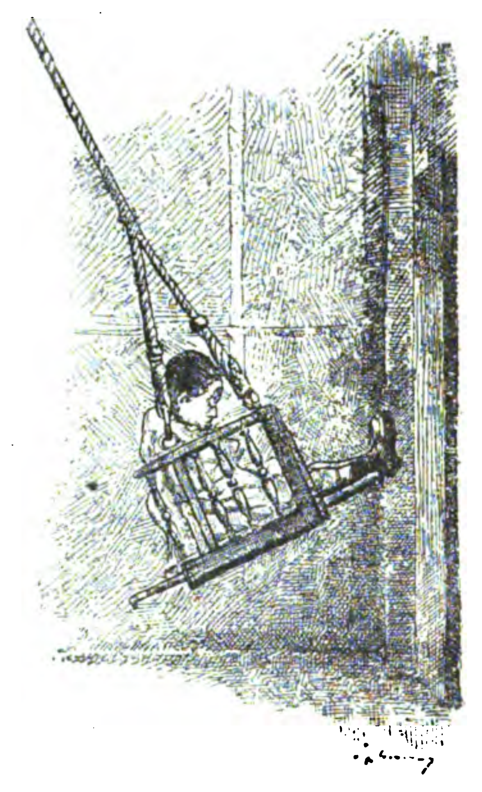


Fig. 1. — Balançoire-tremplin.

ne plus être considérés que comme des *arriérés*. Dans ce groupe sont compris les diplégiques, dont les infirmités rendent l'amélioration plus difficile.

Voici en quoi consiste le traitement : On fortifie leurs jambes avec la *balançoire-tremplin* (*Fig.* 1); on leur apprend ensuite à se tenir debout à l'aide

des *barres parallèles* (*Fig.* 2) ; à marcher, soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du *chariot* (*Fig.* 3 *et* 4) ; on fortifie leurs membres en exerçant successivement chaque jour toutes les articulations *(exercices des jointures)*, en leur faisant des *frictions* stimulantes, du *massage*, etc.

Pour régulariser la marche de ceux qui ont des mouvements irréguliers, incoordonnés, précipités, nous les faisons marcher sur une échelle appliquée

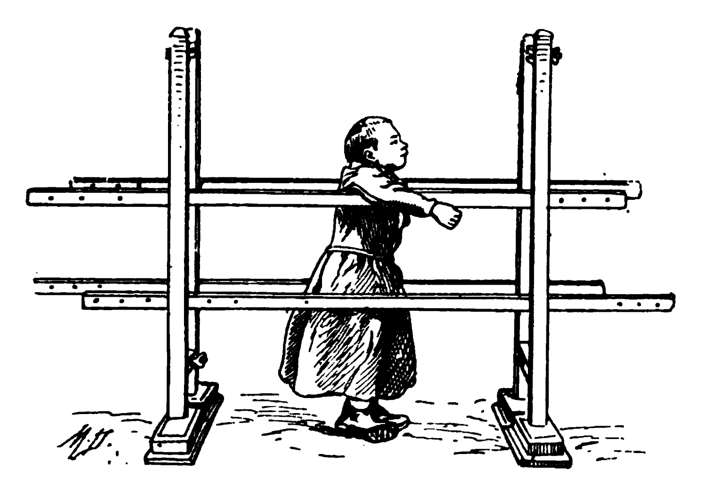


Fig. 2. — Barres parallèles.

sur le sol et dont les montants et les échelons sont remplacés par des planches de 15 à 20 centimètres de largeur (*Fig.* 5). On leur enseigne la montée et la descente d'un escalier avec un petit escalier double (*Fig.* 6).

En 1903, trois enfants ont *appris à marcher* (1) ;

---

(1) Mart..., Vign..., Dup... — (2) Mart..., et Chat... — (3) Mart..., et Jeun..., — La surveillante du service a été malade durant le dernier trimestre.

deux enfants ont été *guéris* du *gâtisme* (2) et deux ont *appris à manger seuls* (3). Avec une meilleure utilisation du personnel, avec plus de zèle et de régularité, il serait certainement possible d'obtenir de plus nombreuses améliorations. (Voir les notes p. v).



Fig. 3. — Chariot.

Dès qu'un enfant marche sans aide, il doit être envoyé à la *Petite École*, le matin pendant une heure ou deux, puis toute la journée, aussitôt que ses forces le permettent. Tous ces enfants sont placés sur les petits *fauteuils* spéciaux (*Fig.* 7 et 8), fauteuils de

gâteux, que nous avons décrits (1). La *fig.* 9 représente un de ces fauteuils dont les bras et le dos sont revêtus de coussins, avec, sur le devant, une barre transversale médiane pour empêcher l'enfant de déplacer le vase avec les pieds.

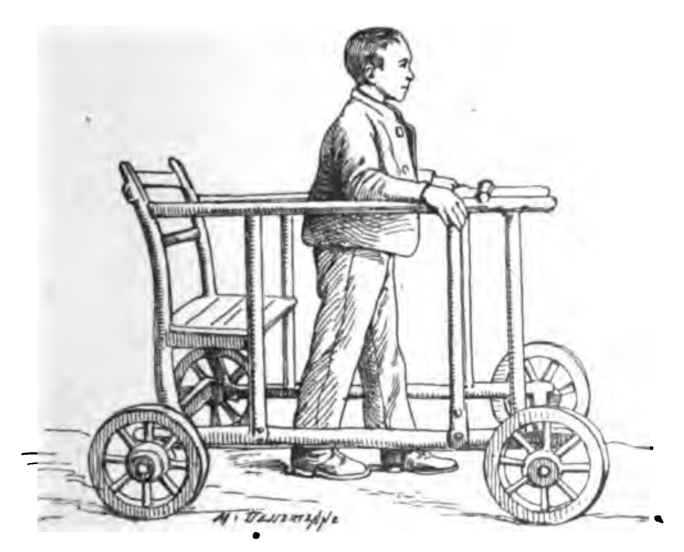


Fig. 4. — Chariot.

La *seconde catégorie* comprend : 1° les *idiots* absolument *incurables*, en beaucoup plus petit nombre qu'on ne le croit d'habitude, et qui pourrait être réduit si on apportait plus de persistance à appliquer tous les

(1) Lors de notre arrivée dans le service les enfants étaient assis sur des alèzes. Les fauteuils imaginés par nous sont en tubes de fer recouverts d'un coussin largement percé, au-dessous duquel est fixé un vase en porcelaine afin d'être facilement lavé. Cette pratique a réalisé une notable économie de linge pour l'Administration, sans compter que les enfants y ont gagné du bien-être.

exercices que nous indiquons, notamment le massage; 2° les *épileptiques* devenus *déments* et *gâteux* sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent; ils ne peuvent plus être que l'objet de soins hygiéniques et doivent former un groupe spécial. Aussi sont-ils réunis et surveillés



Fig. 5. — Échelle plate.

dans un sous-sol aménagé pour eux, durant le jour, en mauvaise saison, car, lorsque le temps le permet, ils sont promenés dans les jardins. Ce sous-sol sert également à d'autres enfants, qui nous arrivent *tardivement* à 15, 16, et même 17 ans, idiots ou épilepti-

ques en déchéance, dont l'*incurabilité* est reconnue et que nous avions été obligé, jusqu'en 1901, de maintenir dans les écoles, où ils étaient une occasion de trouble, qu'ils contribuaient à encombrer, même à infecter par leur gâtisme, sans aucun bénéfice pour eux et au grand détriment des enfants éduca-



Fig. 6. — Exercice de l'escalier.

bles. Ces malades absolument incurables sont au nombre de douze. Nous les examinons de temps en temps et lorsqu'il se produit chez l'un d'eux un arrêt dans la déchéance, une sorte d'amélioration, nous le faisons remonter dans la quatrième classe de la grande école.

***

II. *Enfants idiots gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non, mais* VALIDES (*Petite École*). — Ces enfants fréquentent la petite école, confiée exclusivement à des *femmes*. Dans le courant de l'année, 163 enfants y ont été inscrits. Sur ce nombre, *2* sont

décédés, 8 sont sortis définitivement, 3 ont été transférés, 10 sont passés à la grande école.

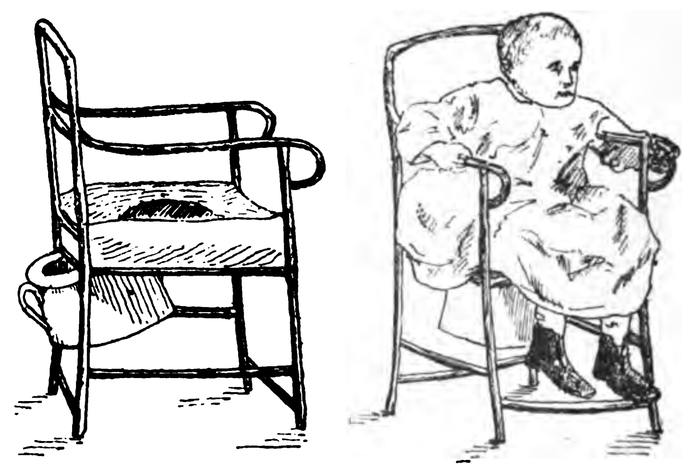


Fig. 7 et 8. — Fauteuils de gâteux.

Sur 140 enfants qui restaient à la petite école au 31 décembre 1903, 10 ne mangent pas seuls, 50 se servent de la cuiller, 60 de la cuiller et de la fourchette et 20 se servent de la cuiller, de la fourchette et du couteau. — Sept enfants de ce groupe sont *devenus propres* (1); 5 ont appris à manger seuls (2); 5 ont appris à lire couramment (3) et 4 sont en bonne voie (4).

Le *traitement du gâtisme*, qui consiste à placer, au lever, au coucher, au milieu de la nuit et après chaque repas, les enfants gâteux sur les sièges d'aisance et qui a pour but principal d'amener l'enfant gâteux à devenir propre, fait également réaliser à l'Adminis-

(1) Rouvi..., Delast..., Serv..., Toutp..., Izamb..., Devesl..., Jout..., — (2) Kuntzm..., Kirchm..., Ro..., Bert..., André (françois). — (3) Chass..., Thiéb..., Prov..., Lam..., (Gaston) Rogi..., — (4) Corn..., Cheyr..., Mesl..., Simo...,

tration des économies notables de blanchissage. Comme les années passées, nous avons fait faire par l'une des surveillantes du service le relevé des enfants ayant déféqué au siège *après les repas*, durant les 5 premiers jours de chaque mois. Voici ce relevé qui a porté sur une moyenne de 50 enfants gâteux (p. XII.)



Fig. 9. — Fauteuil tapissé.

Comme on le voit, en 60 jours, nous avons fait à l'Administration une économie de blanchissage de 1297 chemises, soit pour l'année plus de *sept mille chemises*, sans compter les économies réalisées, au dortoir, la nuit, pour les *chemises* et les *draps*, par la pose des enfants sur les sièges, au coucher, au milieu de la nuit et au lever, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Il en est ainsi depuis 1880.

Mois.	Jours.					Total.
	1.	2.	3.	4.	5.	
Janvier	23	20	20	17	18	98
Février	19	21	20	16	23	99
Mars	16	19	23	20	25	103
Avril	20	22	19	18	22	101
Mai	28	30	24	28	32	142
Juin	18	16	21	19	16	90
Juillet	19	21	27	30	26	123
Août	23	20	19	25	23	110
Septembre	20	22	19	24	27	112
Octobre	26	20	20	18	22	104
Novembre	22	19	25	20	23	109
Décembre	23	17	21	19	24	104
Totaux	257	247	258	254	281	1.297

D'où une économie de *blanchissage* de 1.297 chemises pour 12 fois 5 jours, ou 2 mois, et pour toute l'année de plus de 7 000 chemises (1). Or le blanchissage de 100 chemises coûtant 5 fr. 50, nous épargnons une dépense de 385 fr., *sans compter*, nous le répétons, *les économies de blanchissage du linge de la nuit.*

Tous les enfants de la *Petite école* sont exercés au *saut*, à la *montée* et à la *descente* des *escaliers*, à la *gymnastique* des *échelles* et des *ressorts*, sauf ceux qui, venus du premier groupe, c'est-à-dire des INVALIDES, étant encore trop infirmes, n'ont pu y prendre part. Vingt-deux enfants de la *petite école* et de la *petite école complémentaire*, dont nous allons parler plus loin, ont fait régulièrement les exercices de la *grande gymnastique*. Vingt-trois enfants ont travaillé

(1) On devrait faire de même dans tous les services de gâteux, hospices et asiles. On ne le fait que dans un petit nombre.

cette année dans les différents *ateliers :* tailleurs, cordonniers, vanniers, brossiers, serruriers, menuisiers et jardiniers.

La *petite école* comprend : 1° le *traitement du gâtisme*, exposé précédemment ; 2° les *leçons de toilette* qui consistent à apprendre aux enfants à se laver la figure et les mains, à s'habiller, se déshabiller, brosser, ranger leurs vêtements ; 3° les leçons de table qui consistent à leur enseigner à manger seuls, à se laver la bouche, à se gargariser (1), etc. ; 4° les exercices pour l'*éducation de la main*, des *sens* et de la *parole ;* 5° les *exercices élémentaires* relatifs à l'*enseignement primaire*, pour lesquels nous nous servons de la *Nouvelle méthode* de M. J. Boyer, l'un de nos plus anciens et dévoués collaborateurs, *pour l'enseignement de la lecture*, de l'*Alphabet du dessin* de Mme Bru ; 6° les *leçons de choses*, soit à l'école, soit dans les *jardins* (avec le *tableau roulant)*, soit au *Musée scolaire*, soit aux *ateliers*, soit enfin dans les *promenades* (2).

Voici quelques détails sur plusieurs des *enfants les plus malades* (idiots profonds), *améliorés* à la petite école, par Mlles Blanche AGNUS, Amandine BOHAIN et leurs collaboratrices.

Idiotie profonde. — HOU. (Charles), mentionné l'année dernière déjà comme étant devenu propre, avait appris à parler, à se laver seul et à mieux comprendre tout ce qu'on lui disait, est à mentionner encore cette année. L'amélioration continue, tant au point de vue de la parole, que des exercices classiques. La tenue est meilleure encore, et les exercices de gymnastique sont exécutés avec beaucoup d'attention. Il se lave mieux et

---

(1) Toutes les mères devraient apprendre le plus tôt possible à leurs enfants la *manière de se gargariser* ce qui rendrait plus commode le traitement des angines.

(2) Voir les précédents *Compte-rendus*, surtout celui de 1899, pour tous les procédés en usage à la section des enfants arriérés et épileptiques.

se tient plus propre.

Idiotie profonde. — RE... (Henri Paul), 9 ans.

L'amélioration continue. Aujourd'hui il mange seul. Il prononce quelques mots : Maman, pain, non. — Oh lala, quand on veut le faire travailler, et que cela ne lui plait pas ; — Suis cotent, cotent, quand il est gai.

Les *tics* disparaissent de plus en plus. L'attention devient plus fixable, il peut maintenant exécuter les deux premiers mouvements à la gymnastique des échelles, sauter à l'escabeau, monter et descendre l'escalier, exercices qui, il y a quelque temps, lui faisaient jeter de grands cris et qui aujourd'hui l'amusent. Il laisse guider ses mains pour les exercices des barres, du nouer, lacer et boutonner. — Il est devenu gai, joueur, aime à entendre chanter, et cherche à fredonner.

Idiotie profonde. — SOUCH.. (Lucien), 9 ans. a continué cette année de s'améliorer, il se tient tout à fait propre, est un peu moins grossier et moins méchant avec les autres enfants.

Concernant les exercices classiques, il est arrivé à placer les lettres, les chiffres, les couleurs sur les tableaux, et les nomme sans se tromper. Il connait aujourd'hui le nom de tout ce qui est contenu dans les boites aux *leçons de choses.*

Idiotie complète. — PROV... (Edmond), 13 ans.

Est arrivé gâteux, ne marchant pas et privé de la parole. Actuellement, il parle bien, il marche. Sa tenue est propre et soignée, et il se donne lui-même tous les soins qui lui sont nécessaires. Très borné, obstiné surtout, il ne voulait rien apprendre; à présent il lit couramment, écrit lisiblement, fait les quatre règles de l'arithmétique, dessine et possède d'assez bonnes notions sur la musique. Est apprenti tailleur, et son travail, à l'atelier comme à la classe, est satisfaisant.

Idiotie complète — L'AM.. (Gaston), 14 ans.

A l'*entrée*, l'enfant était *grand gâteux*, ne parlait pas, marchait mal et ne savait rien faire. *Aujourd'hui*, la parole est compréhensible, malgré un excès de timidité qui persiste. Il n'est plus gâteux et sa tenue est très bonne. Au point de vue des exercices classiques, les progrès sont notables. Il lit couramment, l'écriture est lisible, et il connait le nom de tous les objets qui l'entourent. Quelques progrès sont à relever concernant le dessin, le solfége et la couture.

Idiotie profonde. — JUL.., 5 ans. A l'entrée, il était gâteux,

et bien que sa mère prétendit qu'il parlait, il avait été impossible de lui faire articuler aucun son. Il était obstiné, et à chacun des exercices qu'on lui faisait faire, il se cachait le visage avec les mains, puis si on le forçait un peu vivement, il se relevait et frappait l'enfant qui se trouvait à côté de lui. *A présent*, l'enfant, exercé aux projections, est devenu plus causant et répond mieux quand on lui demande quelque chose. Il n'est plus gâteux, se tient propre et sait comment il faut s'y prendre pour se laver. Les progrès sont satisfaisants à la gymnastique ainsi qu'à l'école.

Petite école complémentaire. — Cette école est confiée à Mme BONNET, qui, depuis 10 années, s'est mise gracieusement à notre disposition. Elle est aidée par Mme *Randier*, première infirmière. Quarante enfants composent cette école. Trois infirmières sont en outre adjointes à ce service pour la surveillance des enfants (réfectoire, dortoir, promenades). Voici quelques-uns des résultats obtenus au cours de l'année 1903, résumés d'après les notes de Mme Bonnet.

Quatre enfants ont été rendus propres dans le jour : Le Bi... (Cyrille), Marsi... (Georges), Bard.. (Émile), Itziko.... (Félix), ce dernier ne gâte plus ni jour ni nuit. — Deux autres enfants n'urinent plus au lit : Mil... (Émile), Cour.... (Georges). — Cinq enfants ont été améliorés pour la parole : Itziko ... (Félix), Le Bi... (Cyrille), Riq.. (Émile), Pard.. (Marcel), Cot... (Henri). Deux enfants ont appris à lire couramment : Gava.. (Émile), Cot... (Henri). Deux autres sont en bonne voie pour la lecture courante : Dumén.. (André), Bea.. (Charles). — Six élèves ont fait de sensibles progrès pour tous les exercices scolaires : Baut... (Émile), Mil... (Emile), Couri... (Georges), Faito.. (Émile), Itziko... (Félix), Dumé.... (André), Le Bih.. (Cyrille), Mill.., idiotie profonde; onanisme, Baut. ., imbécillité, signalés dans les *Compte-rendus* précédents comme très améliorés ont continué à suivre une marche ascendante; le travail scolaire a été bon pendant toute l'année et les résultats notables.

Il en est de même pour Couria.. (Georges), imbécillité, qui, à son entrée en 1896, était d'une inattention absolue, méchant avec ses camarades, indiscipliné, grossier, extrêmement paresseux. En 1900, il commença à prendre goût à la classe,

mais les mauvais instincts persistaient, ce n'est guère que depuis un an que son caractère s'est modifié favorablement, il est plus docile, plus poli ; son travail s'en ressent ; il lit couramment et comprend ce qu'il lit ; fait quelques petites dictées, verbes, analyses, mais ne parvient pas encore à faire une rédaction ni un problème.

Imbécillité et instabilité mentale. — FAITO.. (Émile). Cet enfant indiscipliné, turbulent, tout à fait instable, était pour nous un véritable trouble-classe ; aussi indifférent aux punitions qu'aux récompenses, nous ne savions quels moyens employer pour captiver son attention. Dès qu'il échappait à notre surveillance immédiate, il se livrait à la masturbation sur lui et sur ses camarades. Peu à peu nous avons pris de l'autorité sur lui et obtenu un calme relatif; les premiers exercices scolaires ont paru l'intéresser et il s'est mis à travailler avec plaisir. Assez rapidement, il a appris à connaître les lettres, les chiffres et à les reproduire ; actuellement, il syllabe, trace des mots, sait même écrire de mémoire son nom, son âge, ses vêtements, les jours de la semaine, les nombres jusqu'à 20, établissant une relation entre le chiffre et la quantité, il écoute les leçons orales et en profite. Il est moins indiscipliné, mais a besoin d'être tenu avec beaucoup de fermeté et très surveillé pour éviter les retours de l'onanisme qui amenait la surexcitation constatée à son entrée.

Idiotie, mutité. — ITZIHOW... (Félix). Air maladif, teint pâle grands yeux noirs fixes, mornes, sans aucune expression, bouche toujours entr'ouverte ébauchant un sourire perpétuel, parole complètement nulle, tel était cet enfant lorsqu'il nous fut confié.

Aujourd'hui, il est presque transformé, la santé s'est améliorée, l'appétit qui lui faisait défaut est régulier, le teint s'est légèrement coloré, la bouche se ferme et n'a plus ce rictus niais qui donnait un air d'hébétude à sa physionomie, son regard est moins lourd et a une certaine expression. Au contact de ses camarades, Félix, par esprit d'imitation, a fait effort pour parler et prononce quelques mots dont il ne comprenait pas le sens et répétait comme en écho. Les défauts d'articulation étaient nombreux ; tous les organes de la parole se mouvaient avec peine, les consonnes étaient impossibles à obtenir, les lèvres surtout n'avaient aucune énergie dans leur jeu ; elles restaient molles, entr'ouvertes, de sorte qu'il ne faisait guère entendre que des sons.

Notre élève s'est prêté volontiers aux exercices de la gym-

nastique de la parole et peu à peu l'articulation s'est modifiée. L'*écholalie*, très prononcée au début, a diminué progressivement pour faire place à une certaine spontanéité. Actuellement Félix assemble quelques mots que l'on comprend facilement, ces mots ne sont pas dits machinalement ; ils sont l'expression d'un désir ou d'une pensée, ce qui nous prouve un grand développement dans l'intellect.

Il ne gâte plus, s'habille et se lave presque seul, sait lacer boutonner, nouer. Il connait et nomme les couleurs, les surfaces, les lettres et les chiffres qu'il arrive à reproduire sur l'ardoise. Il commence même à former et à assembler quelques lettres au crayon sur le cahier. Les colères assez fréquentes au début son devenues plus rares.

Imbécillité. — DUMESN.. (André). Cet enfant avait été renvoyé de plusieurs écoles et déclaré incapable de rien apprendre. La bouche toujours entr'ouverte, la figure sans expression, les bras pendant le long du corps, cet enfant à l'*entrée* ne répondait que par oui et non aux questions que nous lui adressions. Le travail, les jeux le laissaient indifférent. Craintif à l'excès, tout l'impressionnait, la vue d'un chien, d'un cheval, le faisait reculer avec terreur. Lorsqu'on s'approchait de lui, il levait les bras instinctivement comme s'il cherchait à se garantir des coups.

Au bout de quelques mois, notre petit malade s'est familiarisé avec nous, la peur a fait place à la confiance, les sentiments affectifs, endormis jusqu'alors, se sont éveillés ; André a fait beaucoup plus d'accueil à son père lors de ses visites, la parole est devenue moins rare ; il a commencé à penser et à trouver les mots pour exprimer ses idées. D'un naturel endormi et paresseux, il a tardivement pris goût à la classe, aussi ses progrès ont été extrêmement lents.

Aujourd'hui, il est devenu un élève assez studieux, travaillant avec plaisir, heureux et fier des résultats obtenus ; lorsque son père vient le voir il veut lui montrer ses cahiers, écrire devant lui de mémoire tous les mots qu'il connait. Il est en bonne voie pour la lecture courante, l'écriture est lisible ; il fait les deux premières opérations. Il réfléchit et fait part de ses réflexions, a la notion du temps, connait l'heure, la monnaie. Actuellement notre malade a remonté d'un échelon l'échelle sociale, il pourrait être classé parmi les *arriérés*.

Idiotie ; nanisme. — GAV.. (Em..). Signalé l'année der-

nière comme très amélioré est arrivé à lire couramment, ses progrès ont été sensibles pour tous les exercices scolaires.

Idiotie. — COTT.. (Henri), dont nous avons aussi parlé dans le *Compte-rendu* précédent, est arrivé à la lecture courante.

Idiotie profonde ; surdi-mutité. — LE BIH... (Cyrille). — *A son entrée,* cet enfant gâtait nuit et jour, ne parlait pas, indifférent à ce qui se passait autour de lui, il semblait ne rien comprendre, ne savait pas se servir de la cuiller ni porter le gobelet à ses lèvres. *Actuellement,* il ne souille plus ses vêtements dans le jour que par exception et lorsque pareil accident se produit il se montre très confus, très vexé. Il a beaucoup gagné pour la parole, il fait effort pour répéter les mots commence même à en assembler quelques-uns. Il appelle par leur nom les personnes qui l'entourent. Caressant, démonstratif, il est très heureux qu'on s'occupe de lui et imite volontiers. Il mange et boit seul sans commettre trop de maladresses. Très remuant, il est difficile de le tenir longtemps assis, cependant il ébauche nos premiers exercices, essaie de boutonner, lacer. Il place les couleurs par comparaison, montre les images, désigne les animaux et connaît les principales parties de son corps et de ses vêtements.

Tous nos grands élèves continuent à nous donner satisfaction à tous les points de vue.

Un de nos maîtres de l'Institut Médico-Pédagogique à Vitry, M. Pastré, ayant eu l'occasion d'aller visiter à Bruxelles l'école numéro 14, consacrée aux enfants arriérés, nous a fait part d'un procédé ingénieux destiné à obtenir en gymnastique un ensemble parfait dans les mouvements collectifs, même avec variations de rythme.

L'appareil employé rappelle tant par sa forme que par son emploi, une haltère dont les sphères sont remplacées par deux timbres entre lesquels se meut librement une boule métallique. Les enfants sont obligés de marquer chaque temps par une secousse qui produit un véritable coup de timbre. Comme ces

mouvements se font avec accompagnement de piano qui ralentit et accélère alternativement le rythme, la moindre faute contre la cadence est aussitôt remarquée aussi bien par l'enfant que par le maître.

Suivant notre habitude, nous nous sommes empressé d'utiliser un procédé qui pouvait rendre service à nos enfants. M. Boyer, notre collaborateur à Vitry, a simplement remplacé les timbres par des grelots (*Fig.* 10, 11 et 12) et nous avons pu nous rendre compte de l'excellence de ce procédé. Cela nous a même permis

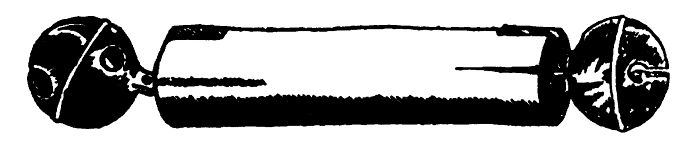


Fig. 10.

d'obtenir dans les rangs, avant et après chaque exercice, l'immobilité générale, le moindre mouvement de l'enfant se trahissant par un grelottement. La gymnastique présente ainsi plus d'attraits.

* * *

Nous croyons encore utile de rappeler à grands traits les procédés que nous employons pour les enfants les plus dégradés, ceux que l'on qualifie d'*incurables*, car en démontrant qu'ils sont améliorables, il en ressort que ceux qui sont moins atteints sont, à plus forte raison, améliorables.

Un enfant est atteint d'*idiotie complète*, c'est-à-dire qu'il ne marche pas, ne se sert pas de ses mains : qu'il faut le faire manger, le laver, l'habiller ; qu'il est gâteux, ne parle pas, ne sait même pas, par signes,

exprimer ses besoins. Son attention est absolument nulle, il a des tics plus ou moins nombreux.

La *première période* du *traitement médico-pédagogique* consiste à donner des forces à ses membres (balançoire-tremplin, massage, saut), à lui enseigner à se tenir debout (barres parallèles) ; à marcher (chariot, etc.), à régulariser sa marche (échelles plates), et à lui apprendre à devenir propre par le placement sur le siège à des heures fixes (1), en le maintenant dans l'intervalles des exercices sur les *fauteuils de gâteux* (*Fig.* 7, 8 et 9).

La *seconde période* du *traitement médico-pédagogique* consiste à éveiller l'*attention* de l'enfant, à éduquer les *sens*, en premier lieu le *sens du toucher*, son organe, la *main* ; puis le *sens de la vue* (2). C'est alors qu'on essaie, même l'enfant ne parlant pas, à lui faire *désigner*, — la nomination viendra plus tard, — les différentes *parties du corps*, de la *vêture*, des objets du *réfectoire*, du *dortoir*, de l'*école*, les *personnes*, les *animaux*, etc.. Bien que l'enfant ne parle pas ou ne possède que quelques mots, ne connaisse pas les lettres, ne syllabe pas, nous l'exerçons à reconnaitre les MOTS IMPRIMÉS.

Exemple : au *réfectoire* nous plaçons sur la table des cartons portant en gros caractères les mots *table*, *banc, assiette*, *verre*, *couteau*, *fourchette*, etc.. — Au *lavabo*, nous avons les mots : *éponge, savon, serviette*, etc. A la *petite gymnastique*, *échelles*, *escabeau*, *escalier*, *porte*, *fenêtre*, *ressort*. Au *ciragier* où on leur apprend à brosser leurs vêtements et à cirer leurs chaussures : *brosse*, *brosser*, *cirage*, *cirer*, etc.

---

(1) Voir la fig. des sièges, *Compte-rendu* de 1899, p. XVIII, *fig.* 26.
(2) Voir notamment les *Comptes-rendus* de 1899, 1900, etc.



Fig. 11.

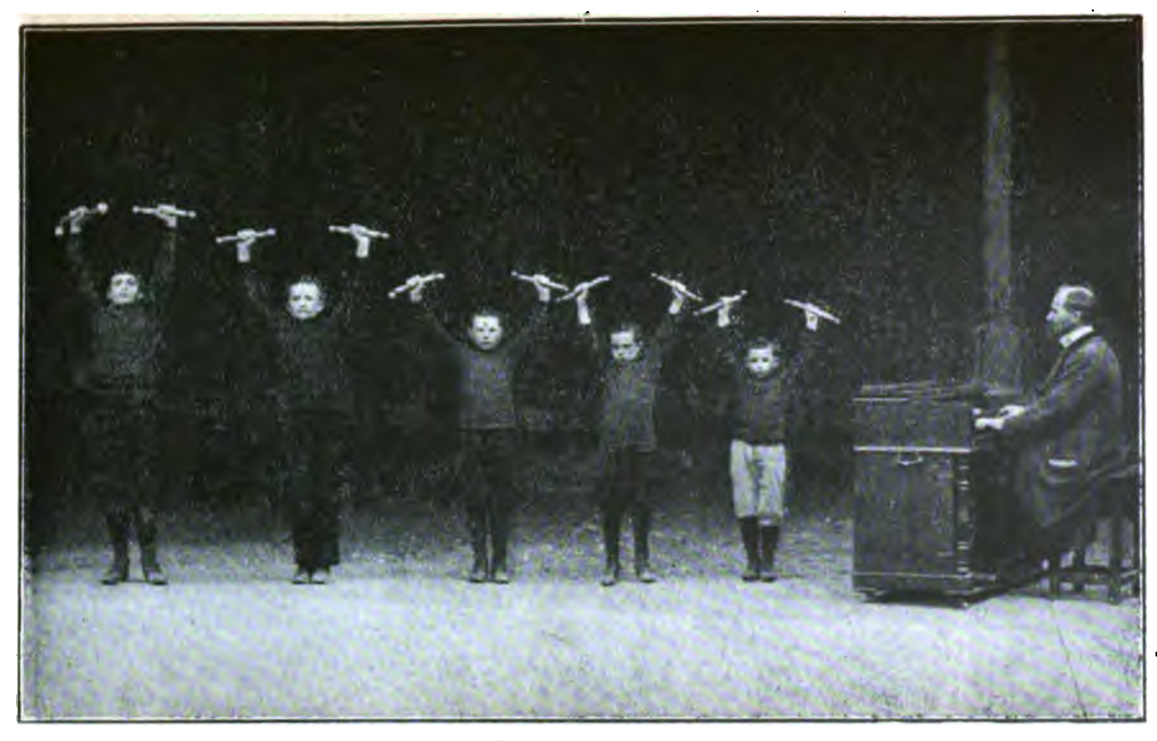


Fig. 12.

Nous exerçons l'enfant à désigner les objets et à mettre sur chacun d'eux le *mot imprimé* correspondant. Les enfants *même ne sachant pas syllaber*, ne connaissant pas toutes leurs lettres, reconnaissent l'*image du mot*, comme ils reconnaissent l'image d'un chien, d'un chat, etc.. Cet exercice facilite ultérieurement celui de la lecture pour les enfants qui ne savent pas lire et est très utile pour les enfants plus avancés qui savent lire.

L'enfant marche, est devenu propre ; en même temps qu'on lui enseigne à reconnaître les objets qui l'environnent, le nom de ces objets, on lui apprend à s'habiller, à se laver, à manger seul. Alors il n'a plus besoin d'aide, il entre en relation avec son milieu, il est préparé à l'éducation de la parole, apte à profiter de plus en plus des *leçons de choses, qu'on ne saurait trop multiplier*, puis à aborder l'*instruction primaire*. Enfin lorsque les notions de cette instruction primaire ont été acquises, l'âge et le développement physique venant, les enfants passent à la *grande école* (1).

Dans notre *Compte-rendu* de 1899, nous avons parlé des services que nous rendaient, au point de vue de l'*éducation du système musculaire* et de l'*imitation*, les exercices à la *barre* d'*entrainement*. Nous avons omis de citer des exercices similaires, que nous

(1) Nous renvoyons pour tous les autres exercices, les détails sur la *leçon de toilette*, la *gymnastique* des *échelles*, des *ressorts*, etc., à nos rapports antérieurs. Rappelons seulement que nous envoyons les enfants les plus améliorés à la *grande gymnastique*, à la *fanfare*, à l'*orphéon*, aux *ateliers* pendant 15, 30 minutes, etc., afin de varier leurs occupations, d'améliorer l'éducation de leur main, de fixer leur attention. Ce travail n'est pour ces enfants qu'un *moyen d'éducation*. Il est, en outre, pour les plus âgés, un moyen de traitement, de même que pour les *aliénés adultes*.

employons depuis la même époque, et qui ont trait à l'*éducation des fonctions respiratoires*. Nous les décrivons de nouveau, les redites, en pareil cas, nous semblent utiles.

Ils ont lieu soit avec les barres d'entraînement, soit avec les barres à sphères ou les haltères, soit les mains libres. Ces exercices sont les suivants : *mouvements verticaux des bras en deux temps*; *mouvements latéraux des bras en deux temps*. Les enfants au lieu de compter les temps que le maître seul énonce font une inspiration prolongée aux temps impairs et une expiration de la même durée aux temps pairs. A ces deux exercices, il convient d'en ajouter un troisième exécuté les mains libres et qui consiste en un haussement d'épaules pour l'inspiration, et en un abaissement pour l'expiration.

Avec les idiots moins atteints ou améliorés, les temps d'inspiration sont accompagnés d'écartement latéral des bras et de projection alternative des membres inférieurs ; l'expiration se fait en ramenant les jambes et en abaissant les bras (1). Les mains sont tantôt libres, tantôt munies d'haltères. En dehors des exercices de respiration, dans les mouvements où les enfants comptent eux-mêmes les temps, nous obtenons la cadence voulue en leur faisant chanter des rondes enfantines à rythme bien marqué, dont les paroles plus ou moins naïves ont été remplacées par d'autres ayant trait à une connaissance usuelle. C'est ainsi que nous avons : *Les 7 jours de la semaine*, sur l'air du *Petit navire* ; l'*Histoire du blé*, sur l'air du *Pied qui remue*; *L'enfant et le nid d'oiseau*, sur l'air de *A la volette*, etc., etc. Nous nous proposons du reste de les faire imprimer.

(1) Tous ces exercices de respiration nous ont puissamment aidé pour préparer l'éducation de la parole et corriger le bégaiement.

Pour donner aux idiots la *notion de nombre* si difficile à acquérir, nous mettons à profit leur aptitude spéciale pour percevoir tout ce qui est *son* ou *bruit*.

Un marteau en bois léger et une cloche sans battant nous servent dans nos exercices. Nous faisons frapper à l'enfant un nombre de coups donné, de même que nous leur faisons compter le nombre de coups que nous donnons nous-même. Nous leur faisons en même temps reconnaître au tableau noir ou sur nos feuilles imprimées en gros caractères, le signe qui correspond à ce nombre. Cet exercice, que nous avons employé d'abord à l'*Institut médico-pédagogique*, puis à la Fondation Vallée, enfin à Bicêtre, amuse beaucoup nos enfants; et si nous disposons de marteaux de *couleurs* différentes, nous leur faisons dire la couleur du marteau qui frappe, et nous leur faisons prendre, sur ordre, le marteau rouge ou le marteau bleu, etc. La *vue* et l'*ouïe* se trouvent ainsi exercées et aident à l'acquisition de l'idée abstraite du *nombre*.

Aux objets qui nous servent pour l'éducation de la *vue*, depuis bien des années, notamment le *tableau des couleurs*, le jeu *de dominos en couleur* (PL. I), nous avons ajouté le *tableau des cartes à jouer*, disposé en creux comme le tableau des surfaces (*Fig.* 13).

*
* *

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non* (GRANDE ÉCOLE).—La population de cette école, confiée à des instituteurs, était de 156 enfants le 1er janvier 1903. Tous, sauf 17 qui ne peuvent travailler, ont fréquenté les ateliers par grande série. Onze possédant le *certificat d'études*, forment une division supérieure, ne vont à l'école qu'une demi-journée par semaine et restent, les autres jours, le matin et le soir à l'atelier. — Les enfants non pourvus du certificat d'études

sont répartis en quatre classes (52, 37, 30 et 37 enfants). Aux examens du *certificat d'études* qui ont eu lieu à Villejuif, le 23 mars, deux enfants ont subi les épreuves avec succès (Bru.. et Dimi..) (1). Cette année encore, nos instituteurs et leurs aides, ainsi que les sous-employées attachées aux écoles (section

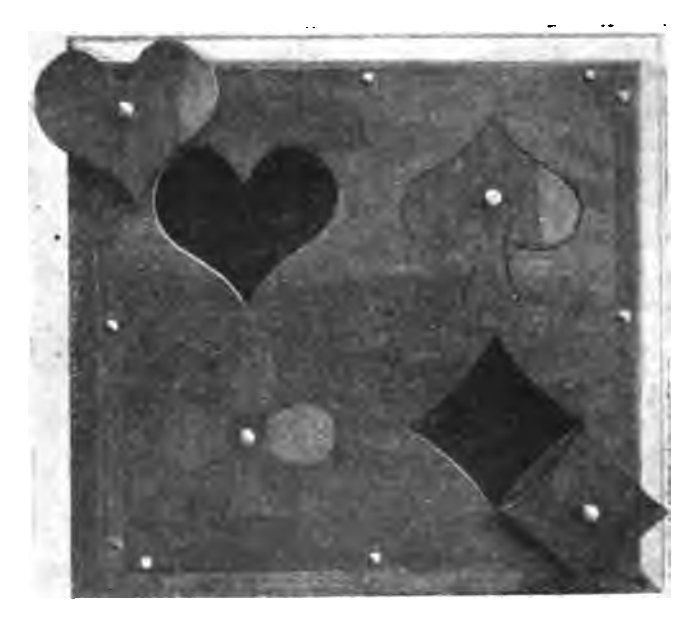


Fig. 13. — Tableau des cartes.

de Bicêtre et Fondation Vallée), afin d'être mieux en mesure d'améliorer la *prononciation* des enfants et de développer leur *parole*, ont été envoyés successivement, par séries, au nombre d'une vingtaine,

(1) A ce même examen, 7 infirmiers et 3 infirmières de l'école, de Bicêtre ont également obtenu le certificat d'études.

à l'*Institution Nationale des sourds-muets*. De plus, comme nous avons un certain nombre d'enfants *aveugles*, nos auxiliaires sont également allés à l'*Institution Nationale des jeunes aveugles* et à l'*École Braille*, dépendant du département. Leur devoir est de profiter des *notions médico-pédagogiques qu'ils acquièrent* dans ces visites pour nous seconder sérieusement dans le *traitement médico-pédagogique* des enfants de notre service. Aux instituteurs et aux surveillantes institutrices à comprendre ce que nous faisons pour le développement de leur instruction pédagogique. A l'Administration, d'en exiger l'application. Nous ne saurions trop remercier MM. Péphau, Robin et Baldon de leur précieux concours.

*
* *

Notre but, en procédant ainsi, nous le répétons est de perfectionner l'instruction pédagogique de nos collaborateurs et collaboratrices, de faire dans la mesure de nos relations ce qui devrait être fait pour tous les pédagogues d'enfants anormaux. Nous avons des idiots sourds et muets, des idiots aveugles, des idiots atteints de nombreux vices de prononciation, qui doivent profiter de l'instruction supplémentaire que nous essayons de procurer à notre personnel enseignant. Les pédagogues de chacun des groupes spéciaux d'enfants anormaux profiteraient, croyons-nous, de leur passage plus ou moins prolongé, dans les autres établissements d'anormaux. Un modique crédit sur le pari mutuel ou sur les fonds du ministère de l'intérieur permettrait la réalisation de cette modeste réforme. Jusqu'ici nos indications, à cet égard, ont passé inaperçues. L'un des obstacles qui s'opposent à la création de sections spéciales d'enfants, annexées aux asiles ou à la créa-

tion d'asiles-écoles et de classes ou écoles spéciales pour les arriérés, c'est assurément l'absence d'un personnel enseignant. Cette difficulté s'est présentée il y a quelques années pour M. le Dr Giraud, médecin directeur de l'asile de St-Yon (Seine Inférieure) et cette année pour l'asile de Clermont (Oise) dont les médecins en chefs MM. Boiteux et Thivet et le directeur M. Lesvier ont voulu organiser le traitement médico-pédagogique pour une centaine d'idiotes qui existent dans leur établissement (Voir plus loin.)

*
* *

ENSEIGNEMENT DU CHANT. — Cet enseignement est fait par M. Eugène SUTTER, professeur à l'asile-École de Bicêtre. De même que les années précédentes, tous les enfants susceptibles de profiter de cet enseignement y ont pris part. Les enfants de la petite école au nombre de 100 et un nombre égal de la grande école sont divisés en deux groupes. Nous avons fait composer en 1890 par l'imprimerie des enfants un *Recueil de chants* dont la seconde édition, en cours d'impression, est précédée d'un Manuel de Théorie musicale, dû au professeur. Ce livre contient les chants, nationaux, des chants patriotiques, des chants de gymnastique, des rondes, des fables et toute une série de chants scolaires. En maintes circonstances et les samedis principalement où nous recevons des visiteurs, nous réunissons les petites filles de la Fondation Vallée avec les garçons de Bicêtre et nous les faisons chanter ensemble dans les chœurs. Les voix en général sont assez justes et l'ensemble produit un bon effet. Nous allons reproduire la note qui nous a été remise par le professeur sur les résultats de l'année 1903.

Solfège et théorie musicale. — Les enfants au nombre de 25 ayant suivi cette classe savent presque tous

lire la musique et connaissent les valeurs des notes. Ma façon d'enseigner a été la même que l'année précédente. Voici quelques noms d'enfants sachant lire la musique.

Rob.... Lecture très bonne, il est le moniteur principal pour le solfège et fait partie de la fanfare en qualité de 2eme baryton. Il fait très bien sa partie. — Feut... lecture assez bonne ; il connait la valeur des notes fait partie de la fanfare comme 4eme basse, sait les chants de gymnastique. Cet enfant avait beaucoup de peine au début, mais aujourd'hui il fait convenablement sa partie de basse. — Copp... lit assez bien la musique et connait la valeur des notes, fait partie de la Fanfare en qualité d'élève piston. Il commence à faire la gamme. — Dese... lit assez bien la musique et connait la valeur des notes. — Prov... lit bien la musique et fait partie de la fanfare en qualité d'élève baryton. — Georg... lit bien la musique et connait la valeur des notes, fait partie de la fanfare en qualité de 3eme baryton il sait les chants de gymnastique. — Deno... lit bien la musique, est élève à la fanfare. — Poirs... lit bien la musique, connait la valeur des notes. — Buz... lit assez bien la musique mais éprouve encore de la peine à reconnaître la valeur des notes. — Heimb... lit bien la musique et connait la valeur des notes, cet enfant est turbulent et n'est pas toujours très attentif. — Dolig..., Lesu..., Rog..., Chas..., Sim..., Duf... commencent seulement à lire un peu les notes. — Les enfants Melno... Via... Gabo... Pasc... et Mil... ont passé à la grande école. Mel..., Via..., et Gabo..., font partie de la fanfare.

Pour apprendre plus facilement le nom des notes de musique à certains enfants, j'ai utilisé la similitude que présente le nom des notes avec celui de choses ou de personnes connues des enfants;

c'est ainsi que le *dos* rappelle la note *do*, que le nom de *Rémi*, charretier à Bicêtre, rappelle les deux notes *ré*, *mi*, et que *la scie* évoque les deux dernières notes de la gamme et qu'en marchant sur le *sol* on pense à la note de même nom. Avec ce système les enfants retiennent très facilement le nom des notes et à force de voir la position de celles-ci sur la portée, ils finissent par bien lire la musique.

Pour la valeur des notes et des silences, je procède de la façon suivante. Je compare, par exemple, une ronde qui vaut 4 temps à une pièce de 4 sous, une blanche à une pièce de 2 sous et une noire à une pièce de 1 sou. Chaque mesure de musique est un porte monnaie dans lequel (dans la mesure de quatre temps par exemple,) il doit y avoir 4 sous. Si la mesure ne contient qu'une seule note, ayant à elle seule la valeur de 4 temps le porte-monnaie ne devra contenir qu'une seule pièce de monnaie valant 4 sous. S'il y a deux notes, il faudra que chacune des notes ait une valeur de 2 sous et ainsi de suite. Cette façon de comparer la valeur des notes de musique avec celle de la monnaie et chaque mesure avec un porte-monnaie aide beaucoup l'élève à reconnaître la valeur des notes parce que tous nos enfants connaissent la valeur de la monnaie. — La classe de solfège et de théorie musicale fournit les élèves pour la Fanfare.

Fanfare et Orphéon. — 37 enfants font partie de la Fanfare, 24 exécutants et 13 élèves, y compris 6 clairons et 3 tambours. La Fanfare prend part aux visites du samedi, elle accompagne les exercices de gymnastique et fait défiler à la fin de ces exercices les enfants aux sons d'une marche avec musique et clairons.

Concerts et *bals*. — Avec la Fanfare et l'Orphéon

nous organisons, sur les indications de M. Bourneville, des *concerts* et des *bals*. Au mardi gras et à la mi-carême la fanfare précède le défilé des déguisés dans les sections d'aliénés, les cours de l'établissement et à la Fondation Vallée.

Pendant l'année 1903, il y a eu trois grands concerts et deux bals. Dans ces concerts j'ai fait exécuter par quelques enfants de l'orphéon et quelques fillettes de la Fondation Vallée des rondes avec jeux et danses, des chansonnettes, monologues et romances. Une piécette complète le programme. Les parents d'un des enfants de la section, M. et Mme Guy, de vrais artistes, ont bien voulu prêter leur gracieux concours à nos petites fêtes. Concerts et bals font la joie des enfants et de leurs parents, qui sont autorisés à y assister.

Ces fêtes sont organisées sans frais pour l'Administration, par les enfants qui font eux-mêmes avec les chefs d'atelier, le surveillant, les maîtres et maîtresses, les décors et les programmes ; ces derniers sont vendus au bénéfice de la caisse de la fanfare et de la caisse des déguisements.

La Fanfare des enfants a pris part à deux concours, à Ivry et à Gentilly. Au concours d'Ivry, la fanfare a obtenu une palme en vermeil, et une somme de 17 fr. 50. Au concours de Gentilly, elle a obtenu une médaille artistique en argent et M. Sutter un prix de direction avec croix et diplôme. Le journal "l'*Orphéon*," dans son compte-rendu sur le concours de Gentilly s'exprimait ainsi :

« La Fanfare, « Les Enfants de Bicêtre » dirigée par M. Sutter, a joué avec beaucoup de brio la fantaisie : « Aubade Champêtre ». Cette petite phalange d'artistes est composée d'enfants épileptiques et arriérés, elle est unique dans les annales. Le jury adresse ses vives félicitations à leur dévoué directeur. »

M. G. Mesureur, directeur de l'Administration géné-

rale de l'Assistance publique a adressé à M. le Directeur de Bicêtre deux lettres de félicitations pour le succès remporté par la Fanfare des Enfants aux concours d'Ivry et de Gentilly.

Exercices de la voix et des poumons. — Un grand nombre de nos enfants ont la voix assez juste et assez étendue pour exécuter des chants scolaires. Mais il y en a beaucoup qui ont la voix voilée, ce qui est dû probablement à l'onanisme auxquels ils se livrent malgré la surveillance recommandée aux infirmiers et aux infirmières. En général, la voix est grave et de peu d'étendue après la mue, mais avec l'exercice des poumons, qui consiste à soutenir une note assez longtemps, à monter progressivement d'un degré à un autre, de façon à arriver aux notes aiguës, à faire sortir les sons de la gorge en ouvrant bien la bouche, à en augmenter et à en diminuer la force tout en conservant la même intonation. Les notes dans le grave devront être chantées sur la voyelle A et celles de l'aiguë sur la voyelle E. Ces deux voyelles se prêtent fort bien à ce genre d'exercices. Le résultat obtenu est d'ordinaire bon et l'enfant gagne des notes dans l'aigu et dans le grave, ce qui permet d'augmenter l'étendue de l'échelle musicale de l'enfant. Il saura, après ces exercices, chanter une demi-phrase musicale sans trop de fatigue, respirer à temps voulu et l'émission du son deviendra franche. Ces exercices ont aussi l'avantage de former l'oreille musicale de l'enfant et de lui apprendre à distinguer les différentes intonations des notes suivant le degré et la fonction de celles-ci sur la portée. Cette manière de procéder pour la voix sert aux instrumentistes de la Fanfare. Ces leçons forment un ensemble d'exercices de gymnastique des poumons ; la pression des lèvres contre l'embouchure de l'instrument sert aussi à fortifier

celles-ci. Les mêmes effets se produisent sur les cordes vocales pour les exercices d'intonation cités plus haut. Ces exercices peuvent contribuer quelquefois à la guérison des tics et des défauts de prononciation.

Moyens de communiquer les vibrations des sons musicaux aux sourds par les os du crâne. — En maintes occasions, j'ai fait des essais sur des sourds à Bicêtre et à l'*Institut Médico-Pédagogique* (Vitry), en procédant de la façon suivante : Le sujet est mis à côté d'un piano ou d'un harmonium ; on lui fait appuyer le front contre les montants de l'instrument; on frappe une note de musique unique d'abord et, si le son n'est pas assez puissant, on frappe une octave, voire même une double octave.

Le sujet finira par entendre les vibrations; en répètant souvent cette note il arrive à conserver l'intonation de celle-ci. En procédant ainsi par degrés jusqu'aux notes aiguës, on arrive à faire connaître à l'enfant toute une gamme et il cherchera lui-même à reproduire par la voix les différentes intonations qu'il aura entendues. Il est assez curieux de voir la sensation et surtout l'émotion que produisent les sons ainsi communiqués. De prime abord, l'enfant quitte brusquement l'instrument, il en a peur, mais petit à petit il se fait à ce bruit et, à la longue, il finit par battre la mesure en suivant bien le rythme de la musique, surtout si elle a un caractère gai. Il existe malheureusement un trop grand nombre d'enfants atteints de surdité, pour ne pas faire quelques essais sur eux au point de vue humanitaire. Il n'y a pas très longtemps, j'ai encore fait quelques expériences sur des enfants de Bicêtre. Les enfants Seill.., Degra..., Zop..., Tiero..., ont parfaitement distingué non seulement les différentes intonations mais aussi le rythme.

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1903. ***

Exercices des doigts. — Pour obtenir l'agilité et l'indépendance des doigts, j'ai imaginé un petit clavier de cinq touches d'égale longueur, pivotant au centre et portant respectivement les chiffres 1, 2, 3, 4, 5. A l'extrémité de chaque touche est attaché un élastique, qui lui-même est retenu à l'âme de l'instrument. Pour faire basculer une touche, l'élastique formant ressort exige du doigt un effort plus marqué. En pratiquant cet exercice une dizaine de fois de suite et très lentement les muscles et les articulations deviendront fermes et souples et, si l'on fait faire cet exercice à tous les doigts, on obtiendra ainsi l'indépendance de ceux-ci. Voici *la méthode que l'on devra suivre :*

Les pouces prendront la touche 1, les index la touche 2 et ainsi de suite jusqu'aux petits doigts, qui s'appliqueront sur la touche 5.

1er *Exercice.* Après avoir mis l'enfant en présence du clavier posé sur une table, il devra mettre les cinq doigts sur les cinq touches, appuyer avec le pouce (1er) une dizaine de fois, sans que les autres doigts quittent les touches qui leur sont destinées ; l'on fera faire aux autres doigts la même gymnastique, aller et retour. Quand l'enfant n'éprouvera plus de difficultés dans cet exercice, on passera à l'*exercice* n° 2 qui consiste à faire manœuvrer le pouce et puis l'index l'un après l'autre et ainsi de suite 1er et 2e, puis 2e et 3e, 3e et 4e, 4e et 5e.

Exercice n° 3. Les doigts 1, 2 et 3, un doigt après l'autre, puis 2e, 3e et 4e ; 3e, 4e et 5e, puis 1er, 3e et 4e ; 2e, 4e et 5e; 1er, 2e, 4e; 2e, 3e et 5e; 1er, 2e et 5e; 1er, 3e et 5e; 1er, 4e et 5e.

Exercice n° 4. — 1er, 2e, 3e et 4e; 2e, 3e, 4e, 5e; 1er, 3e, 4e, 5e ; 1er 2e, 4e, 5e ; 1er, 2e, 3e et 5e.

Exercice n° 5. — 1er, 2e, 3e, 4e et 5e un doigt après l'autre aller et retour.

Les doigts qui manœuvrent devront se lever le plus

possible et très lentement, de façon que toutes les articulations puissent bien agir. Avec de l'étude l'enfant obtiendra l'agilité, la force et l'indépendance des doigts.

ENSEIGNEMENT DU DESSIN. *Grande école.* Cet enseignement est fait par M. DUMONT depuis le 17 avril 1901. Conformément à nos instructions il s'est occupé successivement de tous les enfants en mesure de profiter de cet enseignement. 120 élèves divisés en 2 séries y ont participé. Le cours donne lieu à deux enseignements : l'enseignement du dessin géométrique et l'enseignement du dessin d'art. Le dessin géométrique est enseigné aux jeunes garçons qui suivent les cours de travail manuel, tel que bois, fer, etc. — Le cours de dessin d'art est également suivi par ces mêmes élèves, ces jeunes garçons dessinent des plâtres représentant des feuilles de lierre, de vigne, de laurier, des rinceaux, des vases et des objets usuels tels que, entonnoir, arrosoir, cuillère à pot, marmite. Ces modèles sont reproduits par les élèves d'après nature.

Petite école. En considération de leur jeune âge ces enfants ont reçu un enseignement différent de celui des élèves de la grande école et proportionné à leurs facultés. 25 élèves ont participé à cet enseignement ; ils sont divisés en deux séries. La première série est composée des élèves qui ont suivi les cours de dessin l'année précédente. La deuxième division est composée de jeunes débutants.

Les premiers exécutent déjà de jolis dessins faits d'après nature représentant des ornements géométriques, des feuilles de lierre, de laurier ou des objets usuels très simples, tels que entonnoir, pelle, légumier, etc.

Comme ces jeunes enfants montrent un goût réel

et un véritable empressement à suivre les leçons de dessin, nous ne doutons pas de les voir arriver à d'excellents résultats.

GYMNASTIQUE. — Il ne s'agit plus ici de la gymnastique avec la *balançoire-tremplin*, avec les *échelles de cordes*, les *ressorts*, etc., mais de la *gymnastique des mouvements d'ensemble* et aux *agrès*. Les exercices d'ensemble se font soit au *tambour*, soit avec la *fanfare*, soit avec accompagnement de *chants*, ou sont conduits avec l'*harmonium* (1). Les mouvements sont aussi variés que possible et chaque année notre dévoué professeur, M. GOY (2), en introduit de nouveaux. D'autres exercices ont lieu avec les haltères, les échelles convexes et horizontales, la barre fixe, les barres parallèles, le vindas, la balançoire brachiale, etc.

Mais, et nous ne cessons de le redire, nous donnons la préférence aux *exercices des mouvements* avec ou sans haltères, barres à sphères, etc. Parmi les agrès, nous préférons les échelles horizontales, et convexes, les barres parallèles, le mât horizontal, les anneaux, évitant les exercices violents ou ceux qui peuvent avoir des inconvénients pour les épileptiques. Nous avons dressé un infirmier, M. GÉLIN, afin de remplacer le professeur en cas d'absence. Nous voudrions avoir partout, aux ateliers, au chant, à la danse, etc., un infirmier en mesure de remplacer le professeur ou le maitre absent. Nos réclamations dans ce sens sont demeurées jusqu'ici sans effet pratique.

Escrime. — Cet exercice s'est fait régulièrement sous la direction de MM. *Fourgeau*, *Tailpied*, *Lecomte*,

---

(1) Voir *Compte-rendu* de 1899, p. LIX.
(2) M. Goy a quitté ses fonctions le 31 décembre.

prévôts au fort de Bicêtre. Ces militaires se sont acquittés avec beaucoup de zèle et de dévouement de leurs fonctions. 80 enfants participent, à des degrés divers, à cet exercice, que nous considérons comme secondaire par rapport aux autres *exercices physiques* et que nous n'aurions pas introduit dans notre service. Il existait depuis longtemps, nous l'avons maintenu.

Danse. — Les exercices de danse ont eu lieu régulièrement de midi à une heure sous la direction de M. LANDOSSE, un de nos instituteurs. 142 enfants de la grande école et 15 de la petite école y ont pris part. Sur ce nombre, 126 dansent la polka, 45 la polka et la scottish, 33 la polka, la mazurka et la scottish, 21 la polka, la mazurka, la scottish et la valse, 17 connaissent toutes les danses de caractères et le quadrille français; 10 ont commencé le pas de quatre.

Musée scolaire. — Ce musée continue à servir aux *séances de projection*, aux *leçons de choses* et de *salle de lecture.* Il s'est enrichi cette année tant au point de vue de la *bibliothèque* qu'au point de vue des figures pour projections. — L'administration a acheté en 1903 *avec des dons* (1), 19 volumes, ce qui porte à 625 le nombre des volumes de la *bibliothèque des enfants* Le 1er janvier 1903, le *nombre des vues* pour projections était de 1890, à la fin de l'année ce chiffre atteignait 1994 (148 ont été faites par M. Hubert, photographe de la maison, 37 ont été achetées par l'Administration.) Les collections qui ont le plus profité de ces vues sont : Les nids des oiseaux; Pasteur; le service postal français; les petits métiers. 144 vues ont été cédées à la Petite École pour l'*enseignement de la parole*, ainsi que 30 bandes amusantes, sur verre.

(1) Commission de surveillance des asiles (50 francs).

Ces vues servent aux conférences du jeudi faites aux enfants les moins malades, aux visites du samedi, jour où nous recevons les étrangers, aux cours d'anatomie et de physiologie des Écoles d'infirmières de Bicêtre et de la Salpêtrière. Enfin tous les ans les internes du service s'en servent pour différentes conférences faites aux infirmiers et infirmières de l'hospice.

L'*enseignement par les projections* est très complexe. Il sert pour les enfants de toutes les catégories : 1° pour les enfants *idiots profonds* à fixer l'*attention* (images blanches ou colorées sur fond noir, images blanches sur fond noir), à apprendre les *lettres* (grandes lettres noires sur fond blanc, puis lettres beaucoup plus petites) ; pour l'éducation de la *parole* (syllabes simples ou répétées ou combinées) ; 2° Pour les idiots déjà un peu *améliorés*, à reconnaître les *objets*, les *animaux* (images graduées) ; 3° Pour les enfants imbéciles, arriérés et épileptiques, à faire tous les jeudis une conférence dont les séries de *vues* énumérées plus haut donnent une idée suffisante.

* *
*

Dans les petites écoles et la grande école, on doit sans cesse s'occuper de la guérison des *tics*, des *manies*, s'opposer aux *pratiques solitaires*. Pour tous les enfants, et en particulier pour les *imbéciles intellectuels* avec impulsions et pour les *imbéciles moraux* à tous les degrés, nous avons recours au *traitement moral*, ou, pour employer le jargon à la mode, à la *suggestion* à l'état de veille. Tous nos efforts tendent à faire comprendre à nos auxiliaires, pédagogues et infirmiers, qu'ils ont affaire à des *enfants malades*, relevant du *traitement médico-pédagogique*, envers lesquels et comme *enfants*, et comme **malades**, ils

doivent se montrer bienveillants et affectueux, et non pas à des enfants vicieux, dont la place, serait, disent certains administrateurs, plus à tort qu'à raison, dans les prisons ou les maisons de correction qui devraient être transformées en asiles-écoles sur le type plus ou moins modifié de l'asile-école de Bicêtre.

*
* *

Voici quelques notes concernant les enfants de la grande école :

GRANDE ÉCOLE : 1re *classe*. — *Dimi...*, âgé de 14 ans, signalé comme *atteint d'épilepsie*, n'a jamais eu d'accès pendant son séjour à Bicêtre. Présentait à son entrée des troubles fréquents au point de vue mental. Ne voulait pas aller en classe et lorsqu'il y était ne travaillait que par moments, cherchant toujours à s'absenter et à faire des corvées. Pris seul à plusieurs reprises et moralisé doucement, il a peu à peu compris qu'il fallait être régulier en classe. S'est mis à travailler avec plus de suite, et malgré de nombreux découragements passagers, il est arrivé à obtenir le certificat d'études primaires. Bon apprenti menuisier. Il est *maintenant* sorti en avril après avoir obtenu un congé d'essai. Sa conduite depuis lors est satisfaisante. Il en est de même de son travail.

2° *Bru..*, âgé de 15 ans. — *Épilepsie*. — Entré en 1900 apprenti serrurier. Présentait des troubles intellectuels fréquents se traduisant par des colères nombreuses sans cause, et une mauvaise humeur persistant des journées entières. Pendant ce temps le travail en classe était nul ou à peu près. Malgré de douces remontrances, l'enfant continuait de bouder et pour la moindre chose frappait ses camarades et disait de gros mots à tout le monde, même au maitre. Peu à peu cependant, il reprit goût au travail, voulait toujours être en train de travailler, de faire des dictées, des problèmes, s'en voulait fortement lorsqu'il faisait des fautes grossières en orthographe et lorsqu il ne réussissait pas à résoudre un problème.

Son caractère s'est modifié, ses accès de colère et de mauvaise humeur sont devenus de plus en plus espacés, le travail s'est maintenu et l'enfant a obtenu le certificat d'études primaires. Il est maintenant retourné dans sa famille. (2 décembre 1903).

Noë., âgé de 15 ans. — *Épilepsie.* — N'étaient ses accès et ses vertiges qui provoquent des troubles intellectuels consécutifs, l'enfant serait tout comme un enfant normal. Il se tient propre, il est même un peu coquet. Aime à causer raisonnablement, n'a jamais une expression grossière, est toujours poli et a une bonne conduite. Son travail en classe est régulier et en progrès. Il aime la lecture, les interrogations, l'histoire la géographie. Il est encore faible en calcul quoique sachant faire les 4 opérations fondamentales, mais ses progrès sont constants au point de vue primaire et au point de vue de la conduite. Il montre partout de la bonne volonté.

Franç... (H.), âgé de 18 ans. *Épilepsie.* — Signalé comme amélioré en 1902 surtout au point de vue de la conduite, il a continué cette année à bien se tenir ayant cependant quelques légères rechutes. Son travail à l'atelier est satisfaisant et son patron est très content de lui. En classe, il travaille également mieux, s'intéresse plus aux leçons faites, apporte plus de courage, plus de patience pour faire ses devoirs. Se tient propre, est toujours poli avec ses maîtres. aime mieux qu'autrefois la lecture, pose maintenant d'assez fréquentes questions. Amélioration persistante.

2e *classe.* — *Belthoi...*, 18 ans. *Épilepsie, alcoolisme.* — L'état de cet enfant s'est seulement amélioré cette année, il a suivi la progression de l'année dernière. Il travaille bien en classe et au jardinage. Il écoute les leçons qui lui sont faites et en tire profit. Bon caractère, enfant docile et obéissant, n'est jamais grossier. N'a pas eu d'accès depuis longtemps. Pourrait être placé dehors.

Fauc..., 17 ans. *Imbécillité.* — S'est sensiblement amélioré cette année. Savait à peine lire l'année dernière. Commence à lire couramment, fait la dictée et rédige lui-même maintenant les lettres à ses parents d'une façon à peu près compréhensible. Est vannier, bon ouvrier, un des meilleurs de l'atelier. — Bon caractère, enfant poli.

Melnot .., 11 ans. — Était encore à la petite école l'année dernière.— Est passé en juillet à la grande école.— De cette époque à janvier il a appris la division des nombres entiers et des nombres décimaux et des notions élémentaires sur les mesures de longueur et de surface et a commencé les fractions. Il fait peu de fautes dans ses dictées. Vient de passer en 1re classe. S'il continue, il pourra obtenir le certi-

ficat d'études primaires l'année prochaine. *(Imbécillité et épilepsie.)*

Poitev..., 16 ans : *Arriération intellectuelle.* — A fait des progrès très sensibles cette année sur toutes les matières du programme. Fait bien la division, résout de petits problèmes sur les mesures agraires, fait moins de fautes dans ses dictées et apprend bien ses leçons d'histoire et de géographie. Le caractère s'est également amélioré. Il est plus docile en classe sa conduite est bien meilleure. Apprenti menuisier, son patron en est assez content.

Pasc..., 12 ans. *Arriération intellectuelle, épilepsie nocturne.* Était à la petite école l'année dernière. N'est entré à la grande école, 2e classe, qu'au mois d'octobre. Continue à faire des progrès. Commence à faire la division. Dictées satisfaisantes. Commence à faire accorder les verbes et les participes. La mémoire se développe, l'enfant apprend bien ses leçons. Son caractère s'améliore, il est maintenant assez docile. Apprenti menuisier, montre d'assez bonnes dispositions.

3e classe. — Besancen..., 18 ans. *Imbécillité, épilepsie.* — Progrès sensibles en lecture. Cet enfant s'applique dans la mesure du possible pour ses devoirs écrits et comprend bien les explications données. Les connaissances usuelles se développent progressivement, il fait bien l'addition, la soustraction, la multiplication et commence la division. Amélioration sensible au point de vue moral. Bon caractère, bonne tenue, attentif en classe; il comprend que le travail est un devoir. Notions du juste et de l'injuste. Apprenti cordonnier: résultats peu satisfaisants.

Sébast..., 17 ans. *Imbécillité.* — Dans le courant de l'année cet enfant a fait des progrès assez sérieux au point de vue des connaissances usuelles ; mais il a peu d'aptitudes pour les opérations d'arithmétique. Il a une préférence marquée pour les explications portant sur l'histoire et la géographie et surtout pour les récits patriotiques.

Docile et affectueux; cherche à se rendre utile dans toutes les occasions. Caractère gai. Apprenti menuisier : progrès insignifiants; bonne conduite.

Habsié..., 18 ans. *Imbécillité et épilepsie.* — Les progrès intellectuels sont lents; mais ils sont cependant appréciables ;

toutes les matières du programme se développent progressivement; il comprend bien les explications données et les met à profit; ne dérange jamais ses camarades; affectueux, cherche à faire plaisir. Ne travaille dans aucun atelier.

Saint-Lamb..., âgé de 20 ans. — *Imbécillité.* — Déjà cité l'an dernier. Toujours bon élève. Fait tous ses efforts pour développer ses connaissances. Ses devoirs écrits sont toujours bien faits. Il aime le travail en classe et au dehors, Bon caractère; obéissant, attentif, serviable. Bonne tenue. Apprenti jardinier, bon ouvrier.

4e classe. — *Par...*, (Antoine). 15 ans 1/2. — *Épilepsie.* — Ce malade s'est beaucoup amélioré au point de vue intellectuel et moral. A son entrée à la grande école en avril 1902, la classe lui répugnait. N'obtenant pas de résultats, il assistait aux leçons avec une morne indifférence qui ne se changeait en joie, que lorsque je lui permettais de s'absenter pour rendre service dans le nettoyage de la section. A force de persuasion, le malade a fini par comprendre que son intérêt était de se mettre sérieusement au travail.

Ne sachant rien sous le rapport classique, les progrès tout en étant réels sont excessivement lents.

Aujourd'hui, Par... commence à lire quelques petites phrases ne présentant pas trop de difficultés, et sait faire l'addition et la soustraction. L'écriture est bonne et le malade peut faire quelques exercices de copie. Il vient en classe avec joie et demande rarement à s'absenter pour des corvées. Apprenti brossier : travaille bien, est tranquille et poli.

Riout.... (Alfred), 16 ans. — *Imbécillité, mélancolie.* — Lorsque ce malade est arrivé dans le service son temps était employé à pleurer; aux pleurs, succédait une période mélancolique et à toutes les questions qui lui étaient posées il opposait le *mutisme le plus absolu*. Chaque jour je le prenais auprès de moi, le questionnant, essayant de le distraire, de le faire rire, mais pas de succès. Peu à peu sa langue se délia; ce ne fut d'abord qu'un oui, un non bien faibles en réponse aux questions posées; mais bientôt la conversation devint enjouée et le malade se mit sérieusement au travail.

Riout.... lit couramment; a une bonne écriture, fait bien les petits exercices de français. Il sait faire l'addition, la soustraction et est en bonne voie pour la multiplication. De temps à autre reviennent quelques périodes mélancoliques;

ces périodes sont généralement de peu de durée et il est rare qu'elles ne cèdent pas à quelques bonnes paroles.

Apprenti serrurier médiocre.

Gabor..... (Philibert), 12 ans 1/2. — *Imbécillité et Épilepsie.* — Cet enfant a le plus grand désir d'apprendre ; aussi ses efforts sans être couronnés de succès brillants, obtiennent cependant des résultats appréciables.

En calcul, Gab.... sait faire l'addition, la soustraction, la multiplication et est en excellente voie pour la division. Plus en retard pour la lecture, le malade tout en éprouvant de sérieuses difficultés voit cependant de temps à autre ses efforts récompensés par de petits succès. En continuant à bien s'appliquer, il arrivera sûrement à bientôt lire couramment.

L'écriture s'améliore et le malade peut faire quelques petits exercices de copie. La tenue est bonne et l'amélioration intellectuelle et morale est sensible.

Apprenti tailleur, il fait le gilet et commence à piquer à la machine.

Brantô..... (Emile), 15 ans. — *Imbécillité et surdi-mutité.* — Cet enfant a fait des progrès pour les exercices classiques. La lecture est presque courante ; malheureusement la prononciation tout en s'améliorant est encore bien défectueuse par suite de sa demi-surdité. En calcul, Brantô.... a appris à faire l'addition et la soustraction sans retenues. Cet enfant qui a beaucoup d'amour-propre, a le plus grand désir d'apprendre ; aussi travaille-t-il avec ardeur en classe. Amélioration sérieuse au point de vue moral. Son caractère devient moins susceptible et moins irritable. Apprenti menuisier ; donne espoir d'être plus tard un bon ouvrier.

Les malades : *Méla...* (Albert), *Sim...* (Eugène), *Bourge...* (Auguste), signalés l'an dernier comme améliorés, ont continué à progresser au point de vue intellectuel et travaillent avec goût.

Nous bornons là ces renseignements ; en donner sur tous les enfants nous entraînerait trop loin.

*
* *

Pour obtenir encore de meilleurs résultats, plus d'améliorations et de guérisons, il faudrait que les enfants soient rigoureusement occupés ou distraits du lever au coucher et qu'ils ne soient jamais désœuvrés, que partout et à toute heure, maitres, maîtresses, chefs d'atelier s'occupent d'eux avec une ponctualité parfaite. Les jours où les maitres sont en congé, pendant les vacances, il y a des querelles, des disputes, des traumatismes, des pratiques onanistiques, des accès en plus grand nombre. C'est pour obvier à ces accidents, sans causer de préjudice au personnel enseignant que nous avons réclamé, sans l'obtenir, qu'on place dans le service des garçons de classe ayant leur brevet de capacité, des infirmiers ayant exercé la profession de menuisier, serrurier, cordonnier, etc. De la sorte, les instituteurs et les chefs d'atelier pourraient avoir leur congé sans qu'il en résulte un préjudice pour les enfants. En effet, tandis que dans les lycées, les écoles primaires, les élèves sont en congé en même temps que leurs maîtres, à l'asile-école de Bicêtre, comme dans les services analogues, les enfants, eux, restent.

*
* *

L'organisation de nos écoles offre des lacunes. La *petite école*, l'*école complémentaire* (voir p. xv) fonctionnent régulièrement et même pendant les vacances. Le personnel féminin est composé d'infirmières-institutrices et d'infirmières. C'est la plus ancienne des surveillantes, M[lle] Agnus, qui en a la haute direction; tout le personnel est sous ses ordres. La *grande école* est confiée à des instituteurs au nombre de quatre qui se considèrent comme absolument indépendants les uns des autres, d'où une foule d'inconvénients

qui nous ont fait réclamer sans succès le rétablissement du poste de premier instituteur qui a existé pendant longtemps. La situation de l'Ecole pendant les vacances est déplorable. Il nous est arrivé de n'avoir qu'un seul instituteur pendant une ou deux semaines.

Autrefois les instituteurs n'avaient qu'un mois de vacances. Oubliant que les enfants sont toujours présents, n'ont pas de vacances, que ce sont des malades, l'Administration leur accorde un mois et demi. Nous n'y verrions aucun inconvénient si l'Administration les remplaçait par des *suppléants,* mesure qui est tout à fait désirable. Nous avons souvent signalé l'utilité qu'il y aurait à faire créer des instituteurs et des institutrices d'enfants anormaux qui iraient passer un certain temps, successivement, dans les institutions d'aveugles, de sourds et muets, d'arriérés, de bègues. Pourquoi ne profiterait-on pas de l'époque des vacances pour faire appel aux instituteurs et institutrices de bonne volonté puisque les ressources semblent faire défaut pour créer des bourses spéciales en vue de l'enseignement de la pédagogie des enfants anormaux. L'étranger, à cet égard, comme à tant d'autres en ce qui concerne l'enseignement et l'assistance nous a devancés.

* * *

Aux *exercices pédagogiques* proprement dits, avec *leçons de choses* faites dans les classes, dans les promenades, au musée scolaire (projections, etc.), dans les jardins de la section où les arbres, les arbustes, les plantes portent des étiquettes nominatives, s'ajoutent le *travail manuel* dans les ateliers, les *exercices physiques :* gymnastique variée, danse, escrime, jeux divers.

Cet ensemble de procédés constitue notre *méthode de traitement médico-pédagogique.* Nos visiteurs du samedi nous ont toujours paru l'apprécier d'une manière favorable : la relation de leurs visites publiée dans les journaux scientifiques ou autres en est la preuve. Ce n'est pas toutefois qu'il ne se soit produit des critiques, non point de la part des médecins, mais de la part de quelques conseillers, sans doute mal renseignés, qui ont manifesté une certaine hostilité contre l'organisation que nous avons créée en faveur des enfants idiots, alors que les enfants normaux ne disposaient pas d'avantages semblables. Loin de nous aider à mieux faire, ils auraient volontiers demandé la réduction de nos moyens d'action. A leurs yeux, nous avons trop fait pour de tels enfants. Leurs visites à l'asile-école de Bicêtre devraient, au contraire, les inciter à introduire progressivement dans les écoles primaires les procédés qui composent notre méthode. Pourquoi les arbres, les arbustes, les fleurs de nos squares, de nos jardins publics ne sont-ils pas dénommés comme dans les jardins de notre service, et comme cela existe dans quelques pays de l'étranger et même dans quelques villes de France ? Pourquoi les exercices de gymnastique, de chant, laissent-ils tant à désirer dans nos établissements d'enseignement ? Pourquoi les instituteurs et les institutrices ne multiplient-ils pas les *leçons de choses ?* Pourquoi, ainsi que nous l'avons proposé il y a plus de 25 ans, n'utilise-t-on pas les richesses du Muséum d'histoire naturelle et du Jardin d'acclimatation au bénéfice des élèves des lycées et des écoles primaires ? (1).

*
* *

(1) Voir le *Compte rendu* de 1901, p. LXXV.

En dehors des heures de classe, de gymnastique, de chant, de dessin, de danse, d'escrime, d'atelier, nous avons toujours essayé de faire participer les enfants aux corvées de tout genre : salubrité, nettoyage des bains, des classes, du musée scolaire, des cours, des ateliers. Il est certain que si *tout* le personnel nous secondait à cet égard, notre service serait d'une propreté irréprochable dans la mesure que comporte le *défaut d'entretien* des bâtiments.

Des enfants accompagnent les infirmiers à la cuisine, à la lingerie, à la buanderie, aident à apporter non seulement leurs aliments, mais aussi ceux des sous-employés qui peuvent ainsi rester dans le service au lieu de perdre du temps dans les services généraux. Si dans ces courses les infirmiers et les infirmières répondaient à nos désirs, il y aurait matière à des *leçons de choses.* En tout cas, c'est une distraction pour les enfants qui se sentent plus libres.

Quelques enfants, avec notre autorisation, et de bonne volonté, rendent de petits services aux sous-employés, montent du charbon, de l'eau — en particulier dans les logements des ateliers puisque, malgré nos réclamations, il n'y a pas de prise d'eau au second étage. Ils en sont récompensés par de modiques allocations. Les en priver les affligerait et les priverait du plaisir de se rendre utiles aux personnes qui leur sont dévouées.

Plus les enfants sont occupés, plus leurs occupations sont variées, plus leur physique, leur moral et leur intelligence en profitent, moins il y a de querelles, de rixes et de pratiques solitaires ou autres plus graves.

L'importance que nous attachons aux *leçons de choses,* acceptée par le personnel féminin de notre service, n'est pas aussi bien comprise par quelques-uns de nos maîtres. Nous ne sommes pas seul de notre

avis. Voici, à cet égard comment s'exprime dans la *Revue* des *Revues* de 1903, M. le Dr Coze :

L'enseignement livresque, tel qu'il est pratiqué partout, devra donc être nécessairement remplacé par la leçon de choses qui ne cloue pas les enfants sur des bancs pendant plusieurs heures de la journée et ne leur impose pas le silence en paralysant tout leur corps. Peu de livres, au besoin pas de livres du tout et par contre, enseignement objectif, au lieu de l'enseignement intuitif. La classe sera, sauf quelques exceptions, une promenade avec le professeur et, par suite, un exercice physique, en même temps qu'un amusement, l'enfant naturellement curieux, regardant, écoutant, comparant, se rendant ainsi compte du pourquoi et du comment.

Il y a 25 ans que nous défendons et *appliquons* ces idées.

Hygiène sexuelle. — L'un des obstacles qui s'opposent le plus à l'acquisition de résultats encore plus considérables que ceux que nous enregistrons, c'est l'*onanisme* relevé comme fréquent chez les enfants. Pour y remédier nous intervenons sans cesse auprès des enfants, nous recommandons aux instituteurs de veiller à ce que les enfants soient toujours accompagnés des infirmiers de classe quand ils vont aux cabinets d'aisances (1); de s'opposer à ce qu'ils s'isolent dans les coins; et d'empêcher les enfants de mettre leurs mains dans les poches de leur pantalon, aux infirmiers et infirmières de veille d'empêcher les enfants de se coucher sur le ventre. Malheureusement, soit indifférence, soit incapacité et absence de conviction, nous n'obtenons pas de tous le concours indispensable. Nous faisons veiller le plus possible à l'*hygiène sexuelle.*

Pour appuyer la nécessité de se conformer à nos

---

(1) Pour faciliter la surveillance des enfants aux cabinets d'aisances nous avons fait disposer une sorte de petite fenêtre au milieu de la porte, et, de plus, il y a un espace en bas et en haut de l'huis.

indications, nous citons l'exemple des enfants dont l'état mental est dû surtout aux habitudes solitaires. Nous insistons sur les conséquences physiques, intellectuelles et morales : amaigrissement, affaiblissement progressif des forces, troubles de la marche, tremblements, hébétude de la physionomie (pupilles dilatées, yeux cernés, teint jaunâtre, pustules d'acné, etc.), la diminution de la volonté, de la mémoire, de l'activité intellectuelle, l'inaptitude non seulement au travail scolaire mais aussi au travail manuel, l'indifférence aux jeux ; la tendance à l'isolement, la diminution de la sociabilité, des sentiments affectifs envers parents, maitres, camarades ; la disparition de la gaieté, l'énervement, l'irritabilité, la désobéissance. L'onaniste n'a d'énergie que pour se livrer à ses mauvaises habitudes. Enfin nous nous appuyons sur les conséquences quotidiennes de l'onanisme, apathie pour le travail, et ultérieurement : spermatorrhée, impuissance, démence, — pour inciter tous nos auxiliaires à exercer une surveillance très rigoureuse et de tous les instants.

Il va de soi que, faisant en cela notre devoir de médecin, nous examinons régulièrement les organes génitaux de nos malades afin de voir s'il n'y a pas des malformations, des irritations locales qui peuvent être le point de départ de l'onanisme ou l'entretenir.

*
* *

Promenades et distractions. — Les enfants de la *grande* et ceux de la *petite écoles*, qui sont propres, ont continué, comme par le passé, à faire des promenades soit à Paris, soit aux environs de l'hospice. Dans ces promenades, les instituteurs et les institutrices DOIVENT donner des *leçons de choses* et exercer les enfants aux différents jeux en plein air (jeu de

balles, de ballon, etc.). Nous n'en donnerons pas l'énumération cette année : on trouvera, à peu de chose près, dans nos *Comptes-rendus* antérieurs.

Les *distractions* ont été aussi nombreuses en 1903 que les années précédentes. Notons la distribution des jouets du jour de l'an, donnés par l'Administration; les déguisements du *Mardi-Gras* et de la *Mi-Carême*, la distribution des jouets de Noël, offerts par la société du « *Joyeux Noël* ». Nous adressons à cette société tous nos remerciements. — A citer aussi le concert organisé par le « Comité dit des frères Lionnet » auquel, comme les années précédentes, les artistes des principaux théâtres et concerts de Paris ont prêté leur concours. Tous les enfants valides de Bicêtre et de la Fondation Vallée y ont assisté. — Les familles assistent seulement aux fêtes organisées par les enfants.

Les enfants ont encore bénéficié de plusieurs représentations gratuites dans les divers cirques et théâtres installés à la fête du Lion de Belfort, à la Place d'Italie, à la foire au pain d'épice et sur l'avenue de Bicêtre. — Les jardiniers sont allés avec leur maître, M. V. MESNARD, à l'*Exposition de chrysanthèmes* et à l'*Exposition d'horticulture*.

Notons aussi une séance de prestidigitation donnée par un de nos anciens malades, Gay, séance qui a beaucoup amusé les enfants.

Caisse d'épargne. — Elle est confiée au premier de nos instituteurs, M. MESNARD. Les recettes ont été, pour l'année, de 57 fr. 80. Le total général des sommes recueillies depuis 1892 s'élève à 2.242 fr. 45.

Dans les budgets de tous les asiles de la Seine, il est inscrit un crédit spécial sous la rubrique : *Distractions aux malades*. A Bicêtre, ni nos collègues, ni nous, n'avons rien de semblable. Si l'on en excepte le

crédit alloué au Concert annuel, dit des frères Lionnet. Tout est fait par nos collaborateurs et collaboratrices. La participation de l'Administration se traduit par une dépense d'une centaine de francs (?).

L'un de nos collègues, à la Commission de surveillance, M. Le Conte, dans un rapport d'ensemble sur les dépenses comparatives des asiles a examiné d'une façon spéciale l'*emploi du crédit affecté aux distractions à offrir aux malades.*

Ce crédit, jusqu'ici, dit-il, a toujours été dépensé par MM. les Directeurs de la manière et dans les circonstances déterminées par eux. Or, une demande a été adressée à l'Administration par quelques médecins, tendant à ce qu'à l'avenir ce crédit soit mis à leur disposition. Assurément, nous pensons qu'un directeur éclairé sera toujours soucieux de consulter, sur ce point, les médecins dont l'avis sur la nature, la fréquence ou l'époque des distractions devra être pris en considération; mais, néanmoins, la Commission, je le suppose, estimera que le *choix* et l'*organisation des distractions* doivent appartenir *exclusivement* au directeur dont l'autorité serait singulièrement atteinte par des initiatives émanant des médecins. Administrer est propre à la direction; or, la préparation et l'organisation d'une fête est un acte d'administration; cet acte, qui, forcément, doit apporter un trouble au règlement quotidien de la maison, ne peut être que du ressort de celui qui a la responsabilité du bon ordre de l'établissement.

L'opinion émise par notre collègue à savoir que le choix et l'organisation des distractions doivent appartenir *exclusivement* au directeur administratif dans les asiles de la Seine est contraire, ainsi que nous l'avons fait remarquer, aux prescriptions du *Réglement officiel du service intérieur les asiles.* En effet, l'art. 9 dit que le médecin désigne *seul* les aliénés pour les travaux et les exercices auxquels ils peuvent être occupés. L'art. 164 relatif aux *occupations intellectuelles, aux distractions* attribue au médecin en chef la désignation des aliénés qui y prennent part. Dans

la très grande majorité des cas, ce sont les médecins qui ont organisé, partout, les distractions aux malades. La où il y a un directeur administratif, il est bon que les médecins s'entendent avec lui tout en réservant leur droit. Sans eux le directeur ne peut rien.

Visites. — Les enfants ont reçu 7.945 visites : les visiteurs ont été au nombre de 12.705. Voici la statistique des *permissions de sortie* et des *congés* :

Permissions de sortie d'un jour...........	479
— — de 2 jours.........	18
Congés de 3 jours........................	11
— 5 —	775
— 8 —	1
— 15 —	2
— 1 mois........................	5
Total............	1.291

C'est à la suite d'un échange de lettres avec M. le Directeur de l'Assistance publique et la Préfecture de Police que nous sommes arrivé (22 octobre 1880) à être autorisé à accorder aux malades des *congés* d'une ou deux semaines, qui ont l'avantage de nous fournir un élément sérieux d'appréciation, au point de vue de la guérison ou de l'amélioration des malades et qui, pour quelques enfants, nous procurent un moyen d'action très-puissant. Ces sorties, ces congés, n'offrent en général aucun inconvénient, et, quand il s'en produit, ils sont dus à un défaut de surveillance des familles. Ils font réaliser des économies notables qui devraient être consacrées, au moins en partie, à améliorer notre matériel scolaire et à mieux entretenir les pavillons de la section (1). L'Administration loin d'encourager les initiatives les paralyse.

(1) Il n'y a pas eu moins de 1240 journées d'absence d'enfants ; le prix de la journée étant de 2 fr. 20, il s'en suit une *économie*

Les visites des familles au parloir ne sont pas suffisamment surveillées, répéterons-nous. Trop souvent les parents ne se gênent pas pour introduire des aliments, du vin, qu'ils font absorber en quantité exagérée aux malades. De là des accidents auxquels il faut remédier et une augmentation des accès épileptiques. De plus, les parents donnent de l'argent aux enfants, autre abus qui est une source d'ennuis pour tout le monde : rixes, vols, trafics, etc.. Nous signalons encore une fois à l'Administration la nécessité de remédier à tous ces abus regrettables (1).

Vaccination et revaccination. — Nous avons continué, pratique qui remonte à 1880, la vaccination et la revaccination de tous les malades entrés durant l'année et des enfants dont la revaccination remonte à 6 ou 7 ans. Comme d'habitude, cette opération a été faite par les élèves de l'École d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, sous notre direction et celle de nos internes, avec le concours de la surveillante, Mlle JAMOULLE. Elles ont été au nombre de 84 ; 3 infirmiers ou infirmières seulement ont consenti à se faire revacciner. Parmi les malades 39 ont été revaccinés avec succès.

Service dentaire. — M. le Dr DUMONT est venu chaque semaine donner des soins à nos malades au point de vue de la dentition et de l'hygiène de la bouche. Il nous remet sur chacun d'eux une note spéciale. Rappelons qu'en faisant instituer ce service

---

pour l'Assistance Publique de 9.328 francs qui, nous le répétons, devraient être appliqués à l'entretien des bâtiments qui sont dans un état de plus en plus déplorable.

(1) Les visites ont lieu le jeudi et le dimanche de midi à 3 heures ; il conviendrait de les réduire de midi à 2 heures, ce qui permettrait de faire faire ensuite une promenade aux enfants.

dentaire, notre but était de remédier aux nombreuses défectuosités de la dentition chez nos enfants et aussi d'avoir, chaque année, une note, prise par un *homme compétent*, sur la *dentition de tous les enfants* (1).

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré (formule Yvon), du bromure de camphre (préparations du D[r] Clin), et des médicaments antiscrofuleux, ont continué comme par le passé à être, avec les purgatifs, surtout chez les épileptiques, la base du traitement en 1903.

Il a été donné dans le cours de l'année 27.384 *bains*, ainsi répartis :

Bains simples	23.939
— de son	20
— salés	1.638
— amidonnés	473
— alcalins	324
— au personnel	990
	27.384
Bains de pieds	5.225
Douches	50.904
— externes	2.492
Soit	53.396

Ces chiffres se passent de commentaires. Nous formulons le vœu, dans l'intérêt des enfants, que l'Administration se préoccupe sérieusement de prendre les mesures nécessaires pour assurer le fonctionnement régulier de cette partie si importante du ser-

(1) M. le D[r] Dumont ayant contracté la fièvre typhoïde a été remplacé successivement, à partir du 16 août jusqu'à la fin de 1903, par MM. Soure, Pitsch, Capdepont, Frey et Nogué.

vice : 1° en assurant le chauffage des douches ; 2° en fournissant chaque jour le linge nécessaire ; 3° en faisant, à l'occasion, procéder d'urgence aux réparations des baignoires ou à leur remplacement. Dans notre section la propreté ne peut être assurée et la guérison du gâtisme obtenue que par un service régulier des bains généraux, des douches et des bains de pieds (1).

Nous avons toujours été un partisan convaincu de l'hydrothérapie. Personnellement, nous avons commencé à faire de l'hydrothérapie en 1865-66 et, depuis, nous n'avons jamais cessé. Ce n'était pas la mode alors et nous nous souvenons qu'à l'hôpital Saint-Louis aucun de nos collègues ne fréquentait la salle des douches.

Après la guerre de 1870-1871, M. Charcot avait bien voulu nous confier l'observation et le traitement de ses épileptiques : cela a duré jusqu'en 1879. Nous avons eu recours souvent, chez elles, à l'hydrothérapie. De même chez les épileptiques du service de Delasiauve, pendant les remplacements que nous y avons faits (1877-1879). Nous avons généralisé cette pratique lorsque nous avons été chargé de la section des épileptiques (adultes et enfants) de l'hospice de Bicêtre, ensuite de la nouvelle section des enfants.

En 1882, dans sa remarquable thèse inaugurale, l'un de nos élèves, P. Bricon, après avoir tracé un historique aussi complet que possible de la question, a consigné les résultats de notre pratique pendant les années 1880 et 1881. L'année suivante dans un travail commun, nous avons résumé, en plus, les résultats de 1882. Depuis, tous les ans, dans le Compte-rendu de

---

(1) Nous avons donné au personnel, en particulier au baigneur, des instructions spéciales pour la toilette des pieds et des ongles.

notre service, nous avons indiqué le nombre des douches et des bains administrés dans l'année.

Le grand nombre de douches données dans le service nous permet chaque année d'apprendre à tous nos infirmiers et infirmières, à une partie de ceux de l'hospice, à les administrer d'une façon convenable. Sachant combien les doucheurs et les doucheuses des hôpitaux, et il en est de même dans beaucoup d'établissements ordinaires de la ville, sont inexpérimentés, nous avons demandé à l'Administration de nous envoyer les doucheurs et les doucheuses des établissements-écoles (Lariboisière, la Pitié, la Salpêtrière). La plupart sont venus et ont pu, à leur tour, enseigner aux élèves des écoles à donner les douches. En faisant ces *leçons de douches*, nous pensons avoir été très utile aux malades qui pourront retirer de l'hydrothérapie les bienfaits qu'ils sont en droit d'en attendre.

Tantôt l'hydrothérapie est donnée seule (1), tantôt, ainsi que nous venons de le dire, nous y joignons divers médicaments (2), surtout les poly-bromures et le bromure de camphre (grand mal et vertiges ou vertiges seuls). Les bains, les douches, ajoutés à la *gymnastique* (mouvements, agrès), à la danse, à l'escrime, au travail manuel, soit dans les ateliers, soit dans les jardins, constituent, à notre avis, les plus puissants agents thérapeutiques contre les diverses

---

(1) Douche froide en jet en éventail, seule, sur tout le corps (dos, côté droit, poitrine, côté gauche, dos) en terminant par les pieds, en tout de 25 à 35 secondes, ou encore : jet en éventail et douche en pluie pendant 20 à 25 secondes ; douche en jet pendant 10 à 15 secondes.

(2) Nous avons toujours prescrit les *bains* et l'*hydrothérapie* aux *syphilitiques,* en plus du traitement spécifique (deux fois par an) et des purgatifs. Chez aucun de ceux que nous avons pu suivre et qui se sont conformés à nos conseils, il n'est survenu jusqu'ici d'accidents cérébraux.

formes du mal caduc et ses complications. Joints aussi aux purgatifs, ils assurent le bon fonctionnement de la peau, l'élimination du bromure. Aussi n'avons-nous jamais de bromisme.

Nous avons eu recours aussi, comme les années précédentes, avec des résultats incontestables, à la *médication thyroïdienne* chez un certain nombre de malades, idiots myxœdémateux, mongoliens, nains et obèses. Nous avons, en outre, essayé différents médicaments contre l'épilepsie dont voici les principaux.

Traitement par le bromhydrate d'hyoscine (en injections). — Dix enfants ont été soumis à ce traitement. La dose de un demi-milligramme au début de la première semaine, était portée progressivement à 3 milligr. à la 4e semaine. Les essais ont été poursuivis pendant 4 mois. Les résultats ayant été nuls nous avons supprimé le médicament.

Traitement par la cérébrine : 1° simple; 2° bromo-iodée. — Trois enfants ont été soumis au dit traitement. Chez un seul malade les résultats ont été avantageux. Le traitement a été continué chez lui. Malheureusement notre approvisionnement ayant été insuffisant nous n'avons pu expérimenter la cérébrine (1) chez un nombre assez grand de malades pour avoir une opinion. Nous en reparlerons.

Traitement par le chlorure de calcium (en potions). — Ce traitement a été administré à dix malades. Les résultats ayant été négatifs le traitement a été supprimé.

Traitement par le chlorure de calcium (en injections). — Dix enfants ont été également soumis à ce

(1) Elle nous a été fournie gracieusement par M. Fournier.

traitement qui semble avoir produit quelques résultats appréciables. Ce traitement a été continué.



Fig. 13. — Vêtement pour les déchireurs.

Améliorations diverses. — Mme Ath. Bohain, surveillante de 3e classe à l'infirmerie des enfants a été

promue surveillante de 2e classe à la Fondation Vallée. — M. Gerder, surveillant de 5e classe, a été promu surveillant de 4e classe.

Au nombre des améliorations nous citerons la réfection de la cour des classes (repiquage et bitume); les travaux du tout à l'égout, la réfection de tous les cabi-

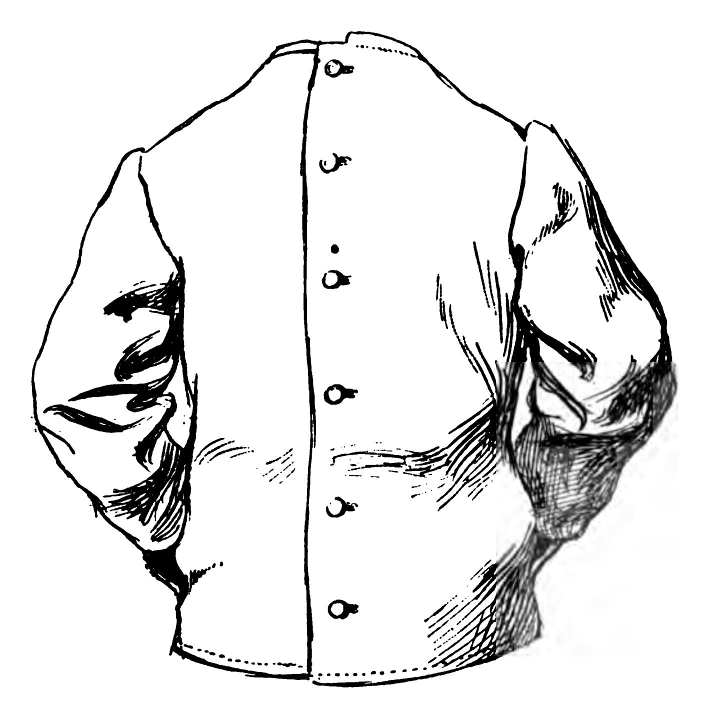


Fig. 14. — Vêtement vu de dos.

nets d'aisances du service, la réfection de la peinture des réfectoires de la grande et de la petite écoles. — Tous ces travaux, bien que très avancés, ne sont pas encore terminés. Une autre est relative au :

Vêtement pour maintenir les mains des déchi-

reurs, griffeurs et barbouilleurs. — Ce vêtement que nous avons emprunté à l'Asile-École du Strop à Gand sert à empêcher les enfants de déchirer leurs vêtements, de se griffer ou de griffer leurs camarades, ou de barbouiller les murs. Il est confection-

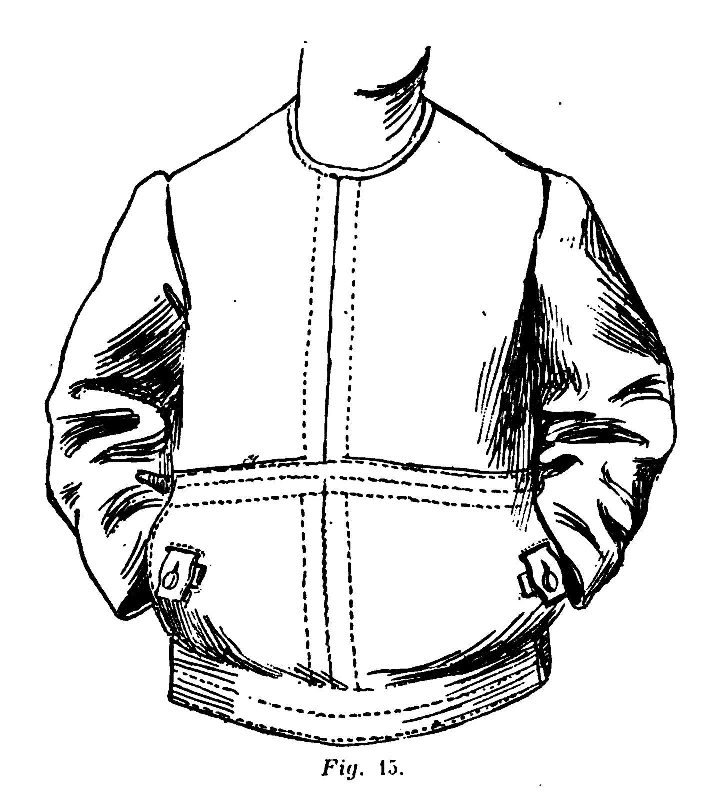


Fig. 15.

né soit en drap, en treillis ou en fort en diable. C'est une sorte de dolman, assez long, se boutonnant par derrière. Il est fait de façon que l'enfant doit y être à son aise. (*Fig.* 13, 14, 15.)

De chaque côté se trouve une poche horizontale

dans laquelle on introduit les mains de l'enfant. Une patte avec boucle est fixée à la face postérieure de la poche, la face antérieure est percée de deux boutonnières horizontales de 2 centimètres et demi environ par lesquelles doivent sortir les branches de la patte. Pour maintenir la main de l'enfant dans la poche, on embrasse le poignet avec la patte dont les extrémités sortant par les boutonnières sont serrées à volonté par la boucle ou par des boutons.

L'enfant ne peut plus retirer sa main ainsi fixée. Sa position n'est pas fatigante, les bras sont en demi-flexion, le poignet n'est pas trop serré, l'enfant peut remuer sa main dans la poche sans la sortir.

Visites du service. — La section a été visitée, en 1903, par M. Youssouf Aktchouzin, ancien officier de l'Armée Ottomane ; M. le Dr Arnaud Serafino, de Cuneo (Italie); M. le Dr Albuto de Grameyna, de Turin ; M. le Dr Peppo Acchioté, de Constantinople, spécialiste pour les maladies nerveuses et sur l'électrothérapie ; M. le Dr Broquère, directeur de l'asile d'aliénés de la Mayenne (Mayenne) ; M. Bechmann, directeur de l'assainissement ; M. le Dr Bertolotti (Mario), de Turin ; M. Paul Béguin, économe à l'Institut départemental de sourds-muets à Asnières ; M. le Dr Charpentier, de Paris ; M. Colmet Daage, ingénieur en chef des ponts et chaussées de Paris ; M. le Dr Campbell, d'Edimburgh ; M. Calsac, interne des hôpitaux de Paris ; M. le Dr René Desplats, de Paris ; M. le Dr Richard Fœrster, de Bonn ; M. le Dr Jean Goujon, de la Faculté de Paris ; M. G' sell, publiciste, Paris ; M. le Dr Gavazzeni, de Bergame (Italie) ; M. le Dr Gross ; M. le Dr Guëmes, de Buenos-Ayres ; M. le Dr Galazzo de Bonini, Florence ; M. le Dr Jacobsohn, externe des hôpitaux ; M. Edouard Josephson, externe des hôpitaux.

M. le Dr Jacquin, de Bordeaux; M. Litinski, correspondant du Bulletin municipal de la Ville de Moscou; M. Lesvier, directeur de l'asile de Clermont (Oise); M. le Dr Levkoski, assistant de la clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université de Kharkoff (Russie); M. le Dr Mancini Stéfano, de Florence; M. le Dr Braan Miller, de New-York; M. le Dr Marie; M. le Dr Benjamin C. Marsh; M. Mandel de Brito Camacho de Lisboa; M. de Magalhaens, médecin à Lisbonne; M. Medea (Eug.); M. de Nouvion, rédacteur au « Journal »; M. le Dr Karl Pfander, à Stuttgart; M. le Dr Georges Payakoff, de Loretch (Bulgarie); M. le Dr N. Pandy, médecin en chef de l'asile des aliénés de Guyla (Hongrie); M. le Dr Rankin, de Glasgow; Mlles Sikorski, filles du P. Sikorski, de Kieff; Melle Sandberg, de Vienne; Melle Olga Sverdrup; M. le Dr Georges Vernet, médeadjoint de l'Asile public d'aliénés à Moulins; M. le Dr O. Tourigny, du Canada; M. le Dr Tictiné, d'Odessa, M. le Dr Taylor, de Cleveland Ohéo; M. le Dr Thuillier; M. le Dr G. Vagliasindi del Castello, de Rome; M. Tissot, interne de l'asile de Villejuif; M. le Dr Jean Varsar, conseiller de la cour, médecin en chef de l'Hôpital Gouvernemental des aliénés de Kischineff (Bessarabie); M. Zagrelmann, de Vienne.

Enfin, de même que les années précédentes, la *Commission de surveillance des asiles de la Seine* et la *Commission d'assistance du Conseil général* ont visité le service dans le courant de l'année.

*
* *

Nous consacrons d'habitude la matinée du *samedi* à recevoir les visiteurs. Presque tous ceux dont nous venons de citer les noms sont venus ce jour-là. Nous convoquons, à leur intention, les professeurs de chant,

de gymnastique, de danse et parfois les maitres d'escrime, dont les heures de leçon ne coïncident pas avec l'heure de notre visite (1). En leur demandant ce déplacement et en nous imposant la fatigue très grande de montrer non seulement l'organisation du service des enfants, mais encore son *fonctionnement médico-pédagogique* dans tous ses détails, notre but est de faire comprendre aux visiteurs l'importance de l'œuvre que nous avons pu réaliser naguère, avec l'appui du Conseil municipal (1882-90), malgré l'opposition de l'Administration et du Conseil de surveillance de l'époque (2), de fournir à beaucoup d'entre eux les arguments qui militent en faveur de l'*hospitalisation*, et de l'*éducation* de cette catégorie d'enfants anormaux et les convaincre de la possibilité de les améliorer et même de les guérir par l'application régulière, méthodique et *prolongée* du *traitement médico-pédagogique*. Les visites faites dans la journée, en dehors de nous, ne permettent pas d'avoir une idée exacte de ce qui se fait dans le service. On a une idée des bâtiments mais non du traitement médico-pédagogique. D'où, de la part des visiteurs de l'après-midi une idée incomplète du service et par conséquent des comptes-rendus insuffisants et parfois erronés.

*
* *

Nous nous efforcerons de maintenir ces visites du *samedi* dans le but d'expliquer aux visiteurs, la plupart médecins étrangers, l'organisation du service afin de

(1) Le professeur de gymnastique vient le matin de 8 à 9 heures, le professeur de chant de 1 à 5 heures, le professeur de danse de midi à une heure.

(2) Voir *Histoire de la section des Enfants de Bicêtre*, par Bourneville, (1879-1892).

leur fournir des arguments, des faits les mettant en mesure de réclamer la fondation dans leurs pays, s'ils en sont dépourvus, d'asiles-écoles semblables. Si, nous disparu, notre œuvre périclite ou disparait en France, comme a disparu tout ce que Leuret et Séguin avaient organisé, car nous ne nous faisons pas d'illusion sur l'absence de conviction administrative, nous avons le ferme espoir qu'elle sera continuée, développée, perfectionnée dans les autres pays et peut-être aussi en province. Notre plaidoyer en faveur de ceux qui ne peuvent plaider pour eux-mêmes n'aura donc pas été stérile.

*
* *

Nombreux ont été les visiteurs qui ont fréquenté notre service depuis sa création. Il en est même, qui y ont passé plusieurs jours, même plusieurs semaines, ou des mois, entre autres Mlle la doctoresse Montessori, de Rome, qui y a séjourné du 12 au 30 juillet 1899; Mlle Lack, institutrice dans les écoles d'enfants anormaux à Genève, qui y a passé une semaine en juin 1901; M^elles^ Sikorsky, filles du professeur de Kieff, qui sont restées dans le service du 31 janvier au 4 mai 1903. Enfin 4 infirmières gradées de l'asile de Clermont (Oise) ont séjourné dans notre service du 22 mai au 22 juillet 1903. Toutes avaient pour but d'étudier en détail les nombreux procédés qui constituent notre méthode de traitement médico-pédagogique. Tel fut aussi le cas de Mme la doctoresse Maliarewski, de Saint-Pétersbourg; Mlle Burgwin, déléguée du *Municipal School Board*, de Londres, en 1892 (1); de Mlle Anna Jannoes,

(1) Voir le *Compte-rendu* de 1892, p. CXI et *Archives de neurologie*, 1893, n° 73, p. 156.

de Christiana toutes deux pendant une semaine (1) ; de deux institutrices envoyées par notre ami le Dr Giraud, médecin directeur de l'asile Saint-Yon, en 1891 (2).

Musée pathologique. — Ce musée s'est notablement enrichi en 1903, ainsi que le montre le tableau suivant.

Bustes en plâtres	641
Plâtres divers	103
Squelettes entiers	69
Squelettes de la tête	274
Calottes craniennes	395
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (enfants et adultes)	506

Comme les années antérieures, nous avons repris dans le cimetière de la commune de Gentilly, lors du relèvement des corps de nos malades décédés cinq ans auparavant, les *crânes* et les *squelettes* entiers, quand il s'agit d'*hémiplégiques* ou de malades dont le squelette présente des particularités (exostoses, rachitisme, etc.). C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre musée depuis l'année 1887 (3).

Le musée reçoit en outre toutes les *photographies* des malades décédés, leurs *observations* reliées chaque année, qui forment actuellement 27 volumes, les *photographies* des *cerveaux* qui composent 12 volumineux *albums*, les *cahiers scolaires* que nous avons institués dès 1880, c'est-à-dire 8 ans avant leur introduction dans les écoles publiques. Les visiteurs peuvent, au moyen du *Catalogue* que nous avons refait nous-même pour les années 1891 à 1903, avoir tous les renseignements désirables sur les pièces anatomo-pathologiques du musée.

---

(1) Même Compte-rendu, p. XVII. — (2) *Compte-rendu* de 1901, p. CVII.

(3) Autorisation de M. Gragnon, préfet de police, en date du 7 février 1887.

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Cet enseignement a été dirigé en 1903, de même que les années précédentes, par MM. LEROY pour la *menuiserie* (1882-1903), ALLÈNE pour la *couture* (1883-1902), DUMOULIN pour la cordonnerie (1888-1903), MORIN pour la *vannerie*, le *paillage* et le *canage des chaises* (1889-1903), MARÉCHALLAT pour l'*imprimerie* (1889-1903), GAIE pour la *serrurerie* (1895-1903), MESNARD pour le *jardinage* (1896-1903), GANIF pour la *brosserie* (1901-1903) (1).

De même aussi que les autres années, nous n'avons qu'à les féliciter tous, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à donner l'*instruction professionnelle* aux enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur

(1) Chaque fois que nous avons un nouveau chef d'atelier nous insistons pour qu'il suive les cours de l'École d'infirmiers. En contact avec des malades sujets à des chutes convulsives, à des impulsions, etc., il est nécessaire qu'il soit en mesure de leur venir en aide *de suite* et comprenne qu'il a affaire à des malades. M. Ganif, notre maitre brossier, a reconnu cette nécessité et a suivi les cours. Il devrait en être de même pour *tout le personnel* en rapport avec les malades. Dans un hôpital, un hospice, un asile, tous devraient être en mesure d'intervenir en cas de nécessité. Quand on voit les efforts qui sont faits en dehors des hôpitaux (Union des femmes de France, Association des dames françaises, secouristes) pour enseigner les soins à donner en cas d'urgence, on est en droit d'être surpris que l'Administration de l'Assistance publique se montre aussi indifférente et n'exige pas de tout le personnel des hôpitaux-écoles qu'il profite de l'enseignement qui y est organisé.

imprimer. Le tableau suivant met en évidence les résultats obtenus par eux en 1903 et qui se chiffrent par 23.790 fr. 20.

Les travaux de *jardinage* seuls ne sont pas évalués, et comme nous l'avons souvent dit et écrit, bien qu'il soit difficile d'en faire une estimation précise, nous croyons que l'Administration aurait intérêt à essayer d'en avoir tout au moins une *évaluation approximative*. Les sept maitres, non compris le jardinier, dont le travail de ses apprentis et le sien dépassent assurément le salaire — sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50.

ÉVALUATION DU TRAVAIL.

ANNÉES	NOMBRE D'APPRENTIS	TRAVAIL ÉVALUÉ
1884	91	13.775 »
1885	107	16.074 »
1886	159	17.876 »
1887	197	18.107 »
1888	184	21.254 »
1889	187	21.752 20
1890	187	29.932 60
1891	162	31.762 75
1892	92	34.242 35
1893	198	33.666 25
1894	175	27.588 50
1895	168	31.993 50
1896	159	30.072 75

ATELIERS.	DATE DE L'OUVERTURE	1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903	
		Nombre d'apprentis au 31 déc.	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre
Menuiserie..	16 sept. 1883	24	5112 »	20	5147 70	29	4405 »	25	4395 50	20	4147 »	17	3591 »	14	3718 50
Serrurerie...	16 janv. 1884	14	3806 »	15	3844 »	12	3849 »	12	3726 »	16	4039 »	12	4819 »	6	3075 »
Vannerie....	20 oct. 1884	12	2070 35	15	2301 55	14	2559 40	16	2014 95	16	1904 65	12	1827 25	12	1079 »
Rempaillage	16 janv. 1885	2	203 »	2	179 25	4	465 45	5	386 »	5	342 50	4	226 05	5	275 90
Couture.....	8 oct. 1883	51	6226 »	47	4701 25	40	4393 50	32	4004 70	34	4035 10	38	4078 40	38	3808 10
Cordonnerie.	8 oct. 1883	28	3545 50	27	3724 75	32	3520 25	21	3568 »	18	2948 »	18	2545 50	16	1878 75
Brosserie...	26 nov. 1888	10	4842 60	8	4842 30	8	4020 65	8	3410 72	7	5152 85	8	5444 60	12	2674 80
Imprimerie.	8 juin 1889	9	5438 45	10	4569 60	8	5901 25	10	5777 80	8	7223 85	8	0254 35	9	7144 60
	Totaux....	150	31243 90	144	29310 40	147	29114 50	129	27283 67	124	29792 95	117	28786 15	112	23654 65

Produits fabriqués dans les ateliers en 1903.

BROSSERIE.

7.685 brosses en tous genres (dont 5.280 pour le Magasin Central des hôpitaux), 184 réparations.

VANNERIE.

316 mannes neuves fabriquées (dont 155 pour le Magasin central), 370 mannes réparées, 262 chaises cannées et rempaillées.

COUTURE.

629 pantalons, 406 vestons, 394 gilets, 106 robes, 97 maillots, 2 maillots treillis pour déchireurs, 4 camisoles treillis pour déchireurs, dix journées pour les déguisements du Mardi-gras et de la Mi-carême.

MENUISERIE.

4 séries complètes des objets servant à l'enseignement. — 7 tables scolaires. — 2 dessus de meubles pour les offices. — 6 façades d'armoires. — 1 armoire pour les classes. — Balançoire pour le gymnase. — 1 armoire pour le musée. — Fait les réparations, bancs, tables, portes, jeux, etc.

SERRURERIE.

38 porte-vases pour chaises de gâteux, 158 ferrures et charnières, 189 objets en bois faits au tour : pieds de table, pieds de meubles, poignées, boules, cylindres, chevilles, etc. ; ferrage de tous les meubles : échelles, coffres divers, tonneaux, boites, etc., confectionnés par la menuiserie, réparations journalières du service.

CORDONNERIE

281 paires de chaussures neuves, 31 paires sur mesure, 503 ressemelages.

IMPRIMERIE.

Compte-rendu du service de l'année. — Ordres du jour des Commissions. — Affiches diverses. — Entêtes de lettres. — — Divers imprimés pour les Ecoles d'infirmières : Palmarès. Diplômes, etc. — Feuilles d'Alphabet pour les classes. — Travaux divers pour les hôpitaux, pour la Société Amicale des Directeurs et Économes de l'A. P. — Fait tous les imprimés pour la Société du Personnel hospitalier de l'A. P., etc., etc..

Le TRAVAIL DES ENFANTS, évalué par l'économe, M. MAUPRÉ, et par l'architecte, M. DELAHAYE, *couvre* donc : 1° la *dépense occasionnée* par le SALAIRE DE LEURS MAITRES ; 2° les *gratifications* hebdomadaires données aux enfants, le samedi, à titre de récompense variant de 5 à 50 cent. par semaine et qui s'élèvent à 1.560 francs pour toute l'année. De plus, il y a un bénéfice de 7.673 fr. qui vient atténuer les dépenses d'entretien des enfants. Cette somme, comme celle réalisée sur les permissions de sortie et les congés, 8. 328 fr. (1), soit au total près de 16.000 *francs* — sans compter les économies de linge dont nous avons parlé, devrait en bonne justice être employée, nous le répétons, sinon en totalité au moins en grande partie, à assurer le *bon entretien du service*, qui laisse tant à désirer, et à l'amélioration du matériel d'enseignement.

Pour permettre à tous d'apprécier les résultats économiques de l'*enseignement professionnel* et du travail accompli, au point de vue *pratique*, nous avons donné à la page LXIX l'énumération sommaire de ce qui a été fait dans les divers ateliers en 1903.

Nous n'insisterons pas sur les avantages que procurent ces ateliers tant au point de vue de l'intérêt des malades eux-mêmes qu'à celui de l'Administration. Nous ajouterons seulement qu'il serait convenable, à tous les égards, que nos anciens malades qui passent soit dans les sections d'aliénés adultes, soit dans la division des incurables de l'hospice, trouvent un meilleur accueil dans les ateliers de la maison et que

---

(1) Nous insistons sur ce fait, c'est que nous n'intervenons en quoi que ce soit dans l'évaluation de ce produit : c'est l'affaire de M. l'économe et de M. l'architecte. Ce que nous désirons c'est une évaluation, aussi exacte que possible, de la *main d'œuvre*.

les chefs de ces ateliers leur témoignent plus de bienveillance. Il y va de l'intérêt des malades, supérieur à toute autre considération, et de l'intérêt financier de l'Administration.

Tel est le résumé de l'enseignement professionnel en 1903. Il importe de ne pas oublier que nos ateliers ne sont nullement comparables à ceux de l'orphelinat Prévost à Cempuis et de l'école d'Alembert à Montévrain, par exemple, où les apprentis sont des enfants normaux, sains de corps et d'esprit, et même choisis parmi les plus intelligents des candidats, ni même aux établissements d'aveugles ou de sourds-muets (1). Nos apprentis, à Bicêtre, sont non seulement des enfants *anormaux*, mais encore des enfants *malades* : quand ils ont, les uns des accès épileptiques, convulsifs ou psychiques, les autres des impulsions ou des périodes d'*excitation*, ces jours-là et les jours qui suivent, ils ne peuvent travailler ni à l'école, ni à l'atelier. Lorsqu'ils ont des accès, le travail est momentanément suspendu; les autres enfants sont distraits et le chef d'atelier est obligé, le plus souvent, de secourir le malade, de le surveiller encore quelque temps après sa crise jusqu'à ce qu'il ait repris toute sa connaissance.

Un autre fait qui contribue à différencier nos apprentis de ceux que nous avons cités, c'est qu'ils ont des *permissions* de *sortie* et des *congés*, sur la demande des familles, à toutes les époques de l'année,

(1) A l'*Institut départemental des sourds-muets et sourdes-muettes*, à Asnières, le prix de pension est de 1.000 fr. par an et le prix du trousseau de 350 fr. pour toute la durée des études. Le *prix de journée* des *enfants* de l'asile-école de Bicêtre est de 2 fr. 20, soit par an, 803 fr., soit 200 fr. DE MOINS *que pour les sourds-muets*.
Ceci dit à titre de renseignement et afin de montrer que les enfants arriérés ne coûtent pas autant que certains le prétendent.

qu'ils ont des *visites* les jeudis et dimanches souvent trop prolongées, enfin que deux fois par semaine ils font des *promenades* aux environs de l'hospice ou dans Paris, promenades qui font perdre une demi-journée de travail.

Administrativement, après avoir douté de la possibilité de faire travailler les enfants idiots, arriérés et épileptiques, et avoir protesté contre la construction des ateliers, puis contre leurs dimensions, certains auraient de la tendance à vouloir considérer nos malades comme des *apprentis ordinaires* qui, suivant la pratique abusive des couvents, doivent fournir régulièrement une somme de travail fixe. Et on y tend administrativement, car on voudrait leur faire faire tous les travaux d'entretien de la section, oubliant qu'il s'agit *d'ateliers d'enseignement* et que si le maître et un apprenti sont occupés, par exemple, à réparer une porte, les autres enfants n'ont plus de guide et ne s'instruisent pas.

Nous le redisons encore, ce qui doit primer dans notre service, c'est l'*influence morale* du travail, qui est l'adjuvant du travail scolaire, des exercices physiques, du traitement médical et non le *produit* lui-même bien qu'il ne soit pas à dédaigner. Les enfants eux-mêmes sont heureux de voir que *leur travail est productif*, qu'il se traduit par des résultats pratiques et que tout ce qu'ils font contribue à leur bien-être, à leur enseignement et à l'entretien de leur section.

*
* *

Chaque année un certain nombre de nos apprentis sortent définitivement. Autant que possible nous leurs accordons d'abord un *congé d'essai* et nous engageons

leurs familles à s'efforcer de les placer dans un atelier correspondant au métier que nous leur avons fait apprendre. Il en est qui écoutent nos conseils. D'autres les placent où on leur offre un salaire relativement plus élevé, inspirés par leur propre intérêt (augmenter leurs ressources immédiatement), plus que par l'intérêt de leurs enfants. D'autres de nos apprentis insuffisamment améliorés pour vivre au dehors ou atteints d'épilepsie passsent, à 18 ans, s'ils ont un développement physique normal, dans les sections des aliénés adultes ou dans les divisions de l'hospice. Tout le monde dans la maison devrait avoir à cœur de ne pas laisser perdre le bénéfice de ce qu'ils ont acquis dans leur profession. Ils devraient en conséquence être utilisés dans la mesure de leur savoir dans les ateliers de la maison. Il est loin d'en être ainsi. Les chefs d'atelier s'en désintéressent trop souvent, ils les découragent au lieu de les encourager. Pour les motifs les plus futiles, ils les renvoient dans leur section où ils restent désœuvrés au grand détriment de leur santé, car le travail est l'un des meilleurs modes de traitement, et au détriment des finances de l'Administration.

* * *

Nous avons demandé maintes fois à l'Administration de nous donner des infirmiers ayant exercé, avant leur entrée dans les hôpitaux, les professions de menuisier, de tailleur, de cordonnier, etc., afin d'avoir des agents pouvant remplacer, en cas de vacances ou de maladie, nos chefs d'atelier, de ne pas interrompre leur apprentissage et de ne pas perdre le bénéfice du travail des enfants. Nous renouvelons notre réclamation. Jamais il ne devrait y avoir d'interruption dans les occupations scolaires ou professionnelles des enfants.

III.

STATISTIQUE. MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le premier janvier 1903, il y avait dans le service 438 enfants se décomposant ainsi : 417 enfants *idiots, imbéciles* ou *épileptiques*, dits ***aliénés*** et 21 réputés *non aliénés*. Cette distinction, qui s'applique aux épileptiques adultes aussi bien qu'aux enfants, est purement *administrative* et il est difficile de la justifier médicalement. Les ***épileptiques dits non aliénés*** sont placés par l'Assistance publique et sont à la charge du *budget municipal*; les ***épileptiques aliénés*** sont placés suivant les prescriptions de la loi du 30 juin 1838 (placement volontaire ou placement d'office), et à la charge du *budget départemental*.

Sur ce nombre 110 étaient atteints de *gâtisme*; 32 d'*incontinence nocturne d'urine*; 15 de *cécité complète*; 6 de *cécité incomplète*; 5 de *surdi-mutité*; 4 de *surdité*; 2 étaient *bègues*; 9 présentaient du *mutisme volontaire*; 31 des *impulsions violentes* ou des *accès de colère* (non compris les épileptiques); 57 étaient *menteurs* à un degré vraiment pathologique; 13 étaient atteints de *dacnomanie* (manie de mordre); 7 de *pyromanie*; 8 d'*écholalie*; 22 de *krouomanie*; 24 de *clastomanie*; 18 de *coprolalie*; 31 de *kleptomanie*; 5 d'*échokinésie*; 6 de *rumination*; 3 étaient *déchireurs d'ongles*; 5 étaient *flaireurs*, 41 étaient *baveux*; 2 étaient atteints d'*hydromanie*, 10 d'*hydrophobie*, 16 de *coprophagie*; 62 étaient *onyco-*

phages, 198 *onanistes*; 17 présentaient du *nystagmus*; 64 étaient *strabiques* ; 2 présentaient de la *dépression mélancolique* ; 12 avaient des *tics convulsifs* (lèvres, paupières, etc.), 41 avaient le *tic* du *balancement du corps* avec ou sans *rotation de la tête* ; 17 avaient un *tic coordonné des mains* ; 14 enfants idiots étaient *tourneurs* ; 12 étaient *sauteurs* et 7 étaient *grimpeurs*.

Un enfant était atteint d'*hémimélie* ; 1 de *polydactylie*, 1 de *syndactylie*; 3 de *malformations pathologiques de la main*, 1 d'*encéphalocèle* guérie ; 1 de *cyphose*, 10 présentaient des *pieds-bots* ; 2 étaient *hémiparésiques*, 7 *paraplégiques*, 23 *hémiplégiques*, 7 *diplégiques* ; 11 étaient atteints de *maladie de Little* ; enfin 8 étaient *athétosiques*.

Le tableau suivant résume le *mouvement de la population* en 1903.

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.					TOTAL DES SORTIES.
			sur demande.	par transfert.	par évasion.	par passage aux adultes.	par passage aux vieillards.	
Janvier	7	3	»	»	»	6	»	9
Février	6	»	6	12	»	»	»	18
Mars	12	2	»	»	»	1	»	3
Avril	3	3	»	»	»	»	»	3
Mai	10	2	»	1	»	»	»	3
Juin	5	»	2	1	»	»	»	3
Juillet	7	3	11	1	»	»	»	15
Août	7	4	1	»	»	»	»	5
Septembre	4	1	1	»	»	»	»	2
Octobre	10	2	3	1	»	11	»	17
Novembre	7	2	5	»	»	»	»	7
Décembre	6	2	6	»	»	»	»	8
Totaux	84	24	35	16	»	18	»	93

Les renseignements que nous donnons sur le mouvement de la *population* ne fournissent pas une idée exacte du nombre des enfants anormaux intellectuels et moraux. Il serait à souhaiter que l'Administration essaie de dresser une statistique pour Paris et le département de la Seine. M. de Selves ferait œuvre utile en tentant cette entreprise.

Décès. — Les décès ont été au nombre de 24 durant l'année 1903. Le tableau des pages LXXVIII à LXXXIII fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Des 93 malades sortis de la section, 18 ont été dirigés sur l'une des sections d'adultes, 16 ont été transférés, 35 ont été rendus à leur famille, guéris ou améliorés ou sur la demande de celle-ci. Le tableau des pages LXXXIV à LXXXIX indique les motifs de la sortie, la nature de l'affection pathologique dont étaient atteints les malades sortis. Comme nous le disions encore l'an dernier, nous désirerions vivement suivre nos malades après leur sortie, savoir ce qu'ils deviennent, si l'amélioration réalisée par nous s'est maintenue ou même a augmenté. Malheureusement les moyens nous font défaut.

Nous envoyons le plus possible nos surveillants ou surveillantes visiter un certain nombre d'entre eux. Il ne les rencontrent pas toujours. Souvent la famille a déménagé et on ne peut avoir sa nouvelle adresse.

Parmi les enfants sortis, il en est qui sont enlevés prématurément par leurs parents. Ceux-ci les voyant très améliorés, par rapport à leur situation à l'entrée, les reprennent malgré nos conseils, alors qu'un séjour plus prolongé nous aurait permis d'obtenir des résultats plus complets.

Évasions. — Quatre évasions ont eu lieu dans le courant de l'année, celles des enfants Sim.., Jean.., Pach.., Cuiz..... Ces différentes évasions n'ont donné lieu à aucune formalité légale. Les enfants ayant été repris moins de 15 jours après leur évasion.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 16 : 12 à Villejuif, 2 à Clermont (Oise), 1 à Châlons, 1 au Mans. — Nous avons pour habitude de prendre la *température* des malades avant leur départ, et cela dans le but d'éviter le transfert de malades sous le coup d'une affection aiguë, de même que nous prenons la température à l'entrée, durant les cinq premiers jours (1) pour savoir si l'enfant n'est pas sous le coup d'une affection aiguë, contagieuse ou non.

---

(1) A l'entrée de tous les enfants, aussi bien à la Fondation Vallée qu'à Bicêtre, nous faisons prendre un bain aux malades et examiner leur corps au point de vue des plaies, des contusions, de la teigne, etc., et le lendemain au moment du certificat immédiat nous examinons nous-même l'enfant de la tête aux pieds s'il y a lieu ; il en est ainsi depuis 1880, ce que l'Administration ignorait quand elle nous a envoyé la circulaire relative à la visite des malades à l'entrée.

Monsieur le Directeur, — Mon attention a été appelée, vous savez à la suite de quelle circonstance (a) *sur la nécessité de faire examiner les aliénés par l'interne de service à leur arrivée dans votre établissement.*

Dans le cas où l'interne constaterait qu'un aliéné, soumis à son examen, porte des traces de coups ou de blessures, il devra établir un certificat signé par lui et une copie de cette pièce devra être adressée sans retard à l'Administration centrale. — Je vous prie en conséquence de veiller dès la réception de la présente à ce que cette mesure soit mise à exécution. — Signé : Mourier.

(a) Une famille étant venue visiter un parent malade, entré quelques jours auparavant, avait constaté sur son corps des contusions multiples. Ces contusions avaient-elles été produites à Bicêtre ou à l'Asile clinique, on ne savait. D'où la circulaire, ci-dessus.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	**Date du décès.**
Amel	7 ans 1/2.	Idiotie.	3 janvier.
Tabour	15 ans.	Idiotie microcéphalique. — Cataracte à gauche.	8 janvier.
Herma	3 ans 1/2.	Idiotie profonde.	23 janvier.
Le Clè	16 ans.	Idiotie complète. Paraplégie.	8 mars.
Madele........	3 ans.	Idiotie complète.	18 mars.
Ramo	14 ans.	Idiotie complète. Cécité.	3 avril.
Philib.........	2 ans.	Imbécillité prononcée avec contracture spasmodique.	14 avril.
Herz	11 ans.	Idiotie.	21 vril.
Arno..........	17 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	3 mai.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Cachexie.	Os du crâne minces et peu durs; nombreuses plaques transparentes, pas de synostose. — Arrêt de développement léger des circonvolutions. — Cachexie.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne minces, peu durs; persistance des sutures; forme carrée de l'occipital. — Nerf et bandelette optique gauches grêles. — Arrêt de développement et malformations des circonvolutions. — Microcéphalie. — Ectopie testiculaire gauche.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne très minces, durs; nombreuses plaques transparentes; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. Anomalie du poumon gauche. — Broncho-pneumonie. Ectopie testiculaire gauche.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne très minces et peu durs; synostose complète de la suture sagittale. — Atrophie du cervelet. Broncho-pneumonie.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne minces et peu durs. — Pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Persistance du thymus. — Broncho-pneumonie.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne assez épais et durs. — Pas de synostose. Méningo-encéphalite disséminée. Hydrocéphalie ventriculaire. — Tuberculose pulmonaire.
Congestion pulmonaire.	Crâne ovoïde; os peu épais et peu durs. Pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Congestion pulmonaire.
Infection de nature indéterminée.	Os du crâne peu épais et peu durs. — Pas de synostose. — Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux. — Infection de nature indéterminée ayant frappé particulièrement l'intestin grêle, le foie, l'articulation du genou droit.
Rupture au foie et perforation de l'intestin.	Os du crâne épais, durs. — Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux. Rupture du foie et perforation de l'intestin.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Boc...........	7 ans.	Idiotie. Scaphocéphalie.	27 mai.
Ada...........	8 ans.	Idiotie complète.	3 juillet.
Merc..........	13 ans.	Idiotie. Epilepsie. Hémiplégie gauche. Contracture des 4 membres.	13 juillet.
Bois	7 ans.	Imbécillité prononcée.	14 juillet.
Bertouil.......	21 ans.	Idiotie complète. Épilepsie.	14 août.
Laig	9 ans.	Idiotie hydrocéphalique.	14 août.
Guil	6 ans.	Idiotie.	22 août.
Pai	12ans 1/2.	Épilepsie idiopathique.	30 août.
Politsche......	8 ans.	Idiotie. Épilepsie. Syndactylie.	14 septemb.
Pet	14 ans.	Idiotie.	3 octobre.
Ham	17 ans.	Imbécillité. Hémiplégie gauche. Épilepsie.	23 octobre.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne minces, pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Atrophie du rein gauche. — Tuberculose pulmonaire.
Tuberculose pulmonaire.	Opposition à l'autopsie.
Syncope probable.	Os du crâne épais, durs ; sutures gorgées de sang. — Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux. Persistance du thymus. — Syncope probable.
Tuberculose pulmonaire et intestinale.	Os du crâne minces ; nombreuses plaques transparentes ; pas de synostose. — Porencéphalie double. — Tuberculose pulmonaire et intestinale.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne durs, très épais, pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Ectopie testiculaire à droite. Broncho-pneumonie.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne minces, peu durs ; pas de synostose. — Hydrocéphalie marquée. Anomalie des nerfs et artères de la base. Tuberculose pulmonaire. — Ectopie testiculaire double.
Tuberculose aiguë généralisée, limitée aux viscères.	Os du crâne minces, peu durs ; pas de synostose. — Congestion intense de la pie-mère. — Méningo-encéphalite disséminée. — Tuberculose aiguë généralisée.
Série d'accès.	Opposition à l'autopsie.
Cachexie épileptique.	Opposition à l'autopsie.
Cachexie.	Os très épais et très durs ; pas de synostose. — Méningo-encéphalite légère. Cachexie.
Congestion pulmonaire.	Os du crâne durs moitié plus épais à d. qu'à g. ; pas de synostose. Atrophie considérable de l'hém. cér. d. ; sa long. est de 12 c. (celle de l'h. d. est de 19). Il offre une sclérose vermicellée occup. tout le lob. front. Le lob. par. et le lob. occ. sont séparés par une bande de scl. ver. qui a envahi tout le lob. temp. Absence du corps calleux ; atrop. du lobe g. du cervelet.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Guénin	16 ans.	Idiotie. Épilepsie.	18 novemb.
Chaumet	17 ans.	Épilepsie.	30 novemb.
Floc...........	5 ans.	Idiotie.	27 décemb.
Petitj..........	16 ans.	Idiotie. Épilepsie.	16 décemb.

Maladies infectieuses. — Une épidémie de *coqueluche*, portant sur 11 cas, a éclaté dans le service le 10 février; cette épidémie se terminait le 4 juin, sans accident mortel. — Une épidémie de *rougeole* débutait quelque temps après, le 24 mars; il y a eu 19 cas; 2 malades, les enfants Philib.. et Boss.., dont l'éruption s'était compliquée de congestion pulmonaire, chez le premier, et de broncho-pneumonie chez le deuxième, ont succombé. — Signalons aussi une épidémie de *varicelle*, ayant débuté le 12 mai pour prendre fin le 10 novembre et ayant porté sur 7 enfants, sans suite mortelle; 3 cas de *diphtérie*, sans accident. Mentionnons enfin un cas d'*oreillons* et un cas d'*érysipèle* (1).

Teigne. — Au premier janvier 1903, il restait dans le service 12 teigneux et 5 teigneuses; à la fin de l'année, ces chiffres étaient descendus à 7 pour les garçons et 4 pour les filles, soit 6 guérisons.

Maladies intercurrentes. — 5 enfants ont été atteints d'*état de mal épileptique* dont 3 ont été suivis

(1) Malgré les statistiques que nous donnons tous les ans, certains fonctionnaires ou employés prétendent que le personnel des contagieux n'a rien à faire et aucune réclamation à formuler.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne épais ; pas de synostose. — Congestion de la dure-mère. — Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux.
Tuberculose pulmonaire.	Opposition à l'autopsie.
Congestion pulmonaire.	Opposition à l'autopsie.
Etat de mal.	Os du crâne épais, denses, très durs, pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Légère congestion du poumon droit. Etat de mal.

de décès ; — 6 de *séries d'accès* ; — 2 de *broncho-pneumonie*, dont 1 suivi de décès ; — 1 de *pneumonie* ; — 5 de *bronchite* ; 2 de *congestion pulmonaire* ; 5 d'*angine* ; — 6 de *cachexie épileptique*, tous décédés ; 6 de *stomatite* ; 1 de *coxalgie* ; — 3 d'*ictère* ; 4 de *poussées méningitiques*, suite d'accès ; — 54 d'*accès* ; — 1 de *tentative de suicide* ; — 1 de *rhumatisme articulaire* ; — 7 d'*embarras gastrique*. — 3 de *décollement du cuir chevelu* ; — 1 d'*hémoptysie* ; 1 d'*hydarthose* ; — 1 d'*hémarthrose* ; — 1 de *luxation du coude* ; — 1 de *luxation du pied gauche* ; — 1 de *rupture de foie* et *péritonite* est décédé à la suite de cette affection ; — 1 d'*infection pyohémique* décédé à la suite de cette affection. — 1 de *dépression mélancolique* ; 11 de *contusions* diverses ; — 2 de *brûlures* ; — 7 de *migraines* ; — 1 de *bronchite capillaire*, décédé à la suite de cette affection ; — 14 de *diarrhée* ; — 4 de *tuberculose pulmonaire* ; 4 de *tuberculose intestinale* ; — 1 de *coliques appendiculaires* ; — 1 de *gangrène* ; — 41 de *furoncles* ou *abcès* ; — 52 d'*engelures*.

Vingt et une ponctions lombaires ont été faites dans le service. Elles ont occasionné des céphalalgies et des vomissements à huit de nos malades. Résultat peu appréciable.

NOMS.	AGE.	PROFESSIONS.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Berthel.....	19 ans.	Tailleur.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 9 janvier. Amélioration
Lorr	20 ans.	Tailleur.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 9 janvier. Même état.
Demytt	19 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 30 janvier. Même état.
Gaut	19 ans.	Cordonnier.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e le 30 janvier. Amélioration légère.
Hor	18 ans.	Serrurier.	Épilepsie, perversions instinctives.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 30 janvier. Même état.
Chap.......	14 ans.	—	Idiotie, épilepsie.	Rendu à sa famille le 4 février. Amélioration.
Palanq.....	20 ans.	Serrurier.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 9 janvier. Amélioration.
Robill......	18 ans.	Imprimeur.	Epilepsie.	Rendu à sa famille le 16 février Amélioration très notable.
Gendot.....	9 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Rendu à sa famille le 16 février. Amélioration notable
Mest.......	19 ans.	Cordonnier.	Imbécillité, épilepsie.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.

Mull	17 ans 1/2	Brossier.	Imbécillité, perversions instinctives.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Dur..(Emile)	22 ans.	Tailleur.	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 17 février. Amélioration.
Guerlin	18 ans.	Cordonnier.	Idiotie, légère.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Bonn.......	19 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Coul	19 ans.	—	Idiotie, profonde.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Quét	18 ans	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Sa	18 ans 1/2	—	Idiotie, épilepsie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Même état.
Ségu.......	19 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Même état.
Le Cer.....	18 ans.	Cordonnier.	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Amélioration légère.
Ba	18 ans.	—	Idiotie complète, épilepsie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Même état.
Bign	19 ans 1/2	Tailleur.	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Amélioration notable.
Perra	18 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Rendu à sa famille, le 17 février. Amélioration.

Noms.	Age.	Professions.	Maladie.	Cause de la sortie.
Simon	10 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Rendu à sa famille, le 27 février: Amélioration notable.
Busign	16 ans.	Tailleur.	Imbécillité, épilepsie.	Rendu à sa famille, le 27 février. Amélioration.
Levec	19 ans.	Menuisier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e 2e, le 11 mars. Amélioration.
Mar	13 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Transféré à Clermont (Oise) le 10 mai. Amélioration.
Aur	17 ans.	Jardinier.	Épilepsie.	Transféré à Châlons, le 2 juin. Grande amélioration.
Hann.... A.	16 ans.	Menuisier.	Imbécillité, perversions instinctives.	Rendu à sa famille, le 9 juin. Amélioration.
Hann.... G.	16 ans.	Menuisier.	Imbécillité, perversions instinctives.	Rendu à sa famille, le 9 juin. Amélioration.
Trem	18 ans.	Vannier.	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 15 juillet. Amélioration.
Roch.......	9 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 15 juillet. Même état.
Mall........	14 ans.	Serrurier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 15 juillet. Amélioration.

Vio	18 ans.	Imprimeur.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 23 juillet. Amélioration.
Hesb	17 ans.	Tailleur.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 23 juillet. Amélioration.
Ménét......	19 ans.	Menuisier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 23 juillet. Amélioration.
Rayn.......	14 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 24 juillet. Amélioration.
Houb.......	9 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 26 juillet. Amélioration.
Dim - Val...	15 ans.	Menuisier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 27 juillet. Amélioration.
Troc	8 ans.	—	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 28 juillet. Amélioration.
Véro	6 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille, le 29 juillet.
Bar	11 ans.	—	Épilepsie.	Transféré à Clermont (Oise), le 30 juillet. Même état.
Par	19 ans.	Menuisier.	Imbécillité.	Rendu à famille, le 5 août. Amélioration.
Del Ru. Biag	8 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille, le 16 septembre. Même état.
Bobl	20 ans.	Menuisier.	Imb. — Surdi-mutité.	Sorti définitivement, le 10 octobre. Amélioration notable.
Suis........	4 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille, le 21 octobre. Amélioration.

Noms.	Age.	Professions.	Maladie.	Cause de la sortie.
Berthel.....	19 ans.	Tailleur.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 9 janvier. Amélioration
Lorr	20 ans.	Tailleur.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 9 janvier. Même état.
Demytt	19 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 30 janvier. Même état.
Gaut	19 ans.	Cordonnier.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e le 30 janvier. Amélioration légère.
Hor	18 ans.	Serrurier.	Épilepsie, perversions instinctives.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 30 janvier. Même état.
Chap.......	14 ans.	—	Idiotie, épilepsie.	Rendu à sa famille le 4 février. Amélioration.
Palanq.....	20 ans.	Serrurier.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 3e, le 9 janvier. Amélioration.
Robill......	18 ans.	Imprimeur.	Epilepsie.	Rendu à sa famille le 16 février Amélioration très notable.
Gendot.....	9 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Rendu à sa famille le 16 février. Amélioration notable
Mest	19 ans.	Cordonnier.	Imbécillité, épilepsie.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.

Mull	17 ans 1/2	Brossier.	Imbécillité, perversions instinctives.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Dur..(Emile)	22 ans.	Tailleur.	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 17 février. Amélioration.
Guerlin	13 ans.	Cordonnier.	Idiotie, légère.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Bonn.......	19 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Cdul	19 ans.	—	Idiotie, profonde.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Quét	18 ans	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 17 février. Même état.
Sa	18 ans 1/2	—	Idiotie, épilepsie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Même état.
Ségu.......	19 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Même état.
Le Cer.....	18 ans.	Cordonnier.	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Amélioration légère.
Ba	18 ans.	—	Idiotie complète, épilepsie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Même état.
Bign	19 ans 1/2	Tailleur.	Idiotie.	Transféré à Villejuif, le 17 février. Amélioration notable.
Perra	18 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Rendu à sa famille, le 17 février. Amélioration.

Noms.	Age.	Professions.	Maladie.	Cause de la sortie.
Simon	10 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Rendu à sa famille, le 27 février: Amélioration notable.
Busign	16 ans.	Tailleur.	Imbécillité, épilepsie.	Rendu à sa famille, le 27 février. Amélioration.
Levec	19 ans.	Menuisier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e 2e, le 11 mars. Amélioration.
Mar	13 ans.	—	Imbécillité, épilepsie.	Transféré à Clermont (Oise) le 10 mai. Amélioration.
Aur	17 ans.	Jardinier.	Épilepsie.	Transféré à Châlons, le 2 juin. Grande amélioration.
Hann.... A.	16 ans.	Menuisier.	Imbécillité, perversions instinctives.	Rendu à sa famille, le 9 juin. Amélioration.
Hann.... G.	16 ans.	Menuisier.	Imbécillité, perversions instinctives.	Rendu à sa famille, le 9 juin. Amélioration.
Trem	18 ans.	Vannier.	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 15 juillet. Amélioration.
Roch.......	9 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 15 juillet. Même état.
Mall........	14 ans.	Serrurier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 15 juillet. Amélioration.

Vio	18 ans.	Imprimeur.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 23 juillet. Amélioration.
Hesb	17 ans.	Tailleur.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 23 juillet. Amélioration.
Ménét......	19 ans.	Menuisier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 23 juillet. Amélioration.
Rayn.......	14 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 24 juillet. Amélioration.
Houb.......	9 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 26 juillet. Amélioration.
Dim - Val...	15 ans.	Menuisier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 27 juillet. Amélioration.
Troc	8 ans.	—	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 28 juillet. Amélioration.
Véro.......	6 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille, le 29 juillet.
Bar	11 ans.	—	Épilepsie.	Transféré à Clermont (Oise), le 30 juillet. Même état.
Par	19 ans.	Menuisier.	Imbécillité.	Rendu à famille, le 5 août. Amélioration.
Del Ru. Biag	8 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille, le 16 septembre. Même état.
Bobl	20 ans.	Menuisier.	Imb. — Surdi-mutité.	Sorti définitivement, le 10 octobre. Amélioration notable.
Suis........	4 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille, le 21 octobre. Amélioration.

NOMS.	AGE.	PROFESSIONS.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Grég.......	8 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 23 octobre. Même état.
Chesn......	5 ans.	—	Épilepsie.	Transféré au Mans, le 27 octobre. Même état.
Ferst.......	18 ans.	Meuuisier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e D. 1e S. le 30 octobre. Amélioration.
Houb	19 ans.	—	Idiotie.	Passé aux adultes, 5e D. 1e S. le 30. octobre. Amélioration.
Dup........	18 ans.	Serrurier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e D. 1e S. le 30 octobre. Amélioration.
Vern.......	19 ans 1/2	—	Idiotie.	Passé aux adultes, 5e D. 2e S. le 30 octobre. Même état.
Gu.........	18 ans.	Jardinier.	Imbécillité.	Passé aux adultes, 5e D. 2e S. le 30 octobre. Amélioration.
Fauquem...	18 ans 1/2	Serrurier.	Imbécillité. — Épilepsie.	Passé aux adultes, 5e D. 2e S. le 30 octobre. Amélioration légère.
Bouss......	18 ans.	—	Idiotie.	Passé aux adultes, 5e D. 2e S. le 30 octobre. Même état.
Lestiev.....	18 ans.	Tailleur.	Épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 2e le 30 octobre. Amélioration notable.
Delv	18 ans.	Serrurier.	Épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 2e le 30 octobre. Amélioration.

Jacq	18 ans.	—	Épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 1e le 30 octobre. Même état.
Lecler......	18 ans.	—	Épilepsie.	Passé aux adultes, 5e 2e le 30 octobre. Même état.
Mena.......	15 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 6 novembre. Même état.
March......	4 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 8 novembre. Amélioration légère.
Drev	13 ans.	—	Imbécillité, cécité congénitale.	Rendu à sa famille, le 15 novembre. Amélioration.
Marotel	18 ans 1/2	Imprimeur.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 16 novembre. Amélioration.
Mant.......	17 ans.	Menuisier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 30 novembre. Amélioration notable.
Br	15 ans 1/2	Serrurier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 2 décembre. Amélioration.
Bre	18 ans.	Serrurier.	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 9 décembre. Amélioration légère.
Heller......	17 ans.	Menuisier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille, le 11 décembre. Amélioration très notable.
Schu.......	12 ans.	Serrurier.	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 19 décembre. Amélioration.
Sim........	13 ans.	Serrurier.	Imbécillité.	Rendu à sa famille, le 19 décembre. Amélioration.
Floc........	4 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à famille, 27 déc. Même état.

*
* *

Consultation du jeudi. — Il n'y avait, autrefois, à Bicêtre, que deux consultations, une de médecine faite par le médecin de l'Infirmerie générale, une de chirurgie faite par le chirurgien. A notre arrivée à Bicêtre, nous avons établi une consultation non officielle, pour les *maladies nerveuses et mentales*. Nos collègues de la division des aliénés, en ont aussi créé successivement.

En 1903, 711 personnes se sont présentées : 185 pour renseignements sur le placement d'enfants arriérés ou épileptiques ; — 197 pour maladies diverses ; — 209 pour assistance. Il s'agit d'anciens malades des asiles ou du service. Nous profitons de la venue de ces derniers pour nous renseigner sur leur état mental ou leur situation sociale. Dans ce groupe figurent ceux qui vont tirer au sort et viennent réclamer un certificat devant aider à leur exemption du service militaire ; — 28 pour demandes d'emploi ou de placement dans les hospices : infirmes, vieillards, etc., infirmiers qui réclament leur rentrée dans l'Assistance ; — 92 pour renseignements sur les enfants du service présents ou en congé.

La partie la plus intéressante de notre consultation est celle qui concerne les enfants nerveux et arriérés. Pour ceux d'entre eux que leur famille ne veut pas placer, il s'agit de véritables *consultations médico-pédagogiques*. Après avoir formulé le traitement, nous faisons voir l'application des procédés que la famille doit employer, dans la mesure de ses possibilités ; exercices de la marche, des jointures, massage, gymnastique, de la parole, etc., etc. Nous faisons assister les parents à une séance d'hydrothérapie afin qu'ils puissent, en ville, exiger que le doucheur se conforme à nos indications et souvent nous administrons la pre-

mière douche, que les enfants acceptent en général très bien après avoir vu que nos enfants la prennent sans résistance (*Imitation*). En maintes circonstances les parents sont venus à diverses reprises pour se rendre plus aptes à exécuter nos prescriptions.

*
* *

Nous avons signalé antérieurement (*Compte-rendu* de 1902, p. LXX) le précieux concours que nous a prêté l'un de nos anciens internes, les Dr POULARD, chef de clinique adjoint de la clinique d'ophtalmologie de la Faculté de médecine pour le *traitement* des enfants atteints de *maladies des yeux*. Il a continué en 1903. La note suivante montre les services qu'il a rendus à nos malades.

Conjonctivite chronique à diplobacille. — Quelques enfants atteints de cette affection se sont présentés à la consultation. En réalité, le nombre des enfants atteints est encore considérable. Seulement, cette maladie chronique, très peu bruyante et peu gênante, n'attire pas assez l'attention du personnel. Il suffit cependant d'examiner de parti pris la conjonctive des enfants dans leurs pavillons pour constater la fréquence encore grande de cette conjonctivite.

Conjonctivite aiguë contagieuse (à bacille de Weeks). — Cette conjonctivite, beaucoup plus aiguë que la précédente, passe rarement inaperçue. La statistique est donc facile à établir. A Bicêtre, 83 enfants ont été atteints du premier janvier au 10 novembre. L'épidémie s'est étendue inégalement à tous les pavillons. Sa fréquence dans ces divers groupements se montre en rapport avec l'imperfection mentale des enfants. Elle atteint son maximum dans les pavillons de gâteux, et elle diminue à mesure que les enfants du pavillon considéré sont d'un niveau intellectuel

plus élevé. Il faut tenir compte, dans la propagation du mal, de la malpropreté des enfants gâteux qui disséminent les germes sur leurs mains, sur leurs habits, sur leurs voisins ; mais il faut aussi considérer l'insuffisance des précautions prises par le personnel, chargé de la toilette de ces enfants. Les doigts de l'infirmière et les serviettes sont certainement un des plus fréquents moyens de transmission. C'est en tout cas celui par lequel les trois infirmières, atteintes de cette conjonctivite, se sont donné le mal. Les infirmières chargées de faire la toilette des enfants changeaient très souvent, et on constatait une diminution ou une recrudescence du nombre des malades suivant la qualité de l'infirmière en service.

M. Bourneville et nous insistons sans cesse pour faire comprendre au personnel l'importance de ces précautions. Et, si nous pouvons constater actuellement une diminution considérable, peut-être un arrêt complet de l'épidémie, il faut l'attribuer à ce que ces conseils ont été enfin compris et suivis.

L'épidémie qui dure depuis plus d'une année avec des périodes d'atténuation et de recrudescence, semble maintenant sur le point de s'arrêter. Mais les efforts que nous avons faits ont mis si longtemps pour aboutir à ce résultat encore incertain, que nous n'hésiterions pas, à adopter, à l'occasion, une tactique différente et plus énergique (1).

Cette conjonctivite est extrêmement contagieuse ; il est impossible d'empêcher la dissémination dans une agglomération de jeunes enfants. Le seul moyen efficace serait l'isolement des malades dans une salle réservée et jusqu'à guérison complète, mais il est dif-

---

(1) L'amélioration obtenue est attribuable à la conférence faite par M. Poulard, à notre demande, sur le *Rôle de l'infirmière dans le traitement des maladies des yeux*.

ficile à cause des catégories d'enfants qu'il faudrait réunir : idiots gâteux, idiots propres, épileptiques.

Dans le cas où l'isolement complet est impossible il faut grouper les enfants malades dans une des extrémités de la salle commune, éviter leur contact avec les enfants sains et confier leur toilette à une infirmière habile et très soigneuse.

Conjonctivite granuleuse. — Trois enfants atteints de conjonctivite granuleuse ont été amenés à la consultation. C'étaient des affections déjà anciennes. Il est fort probable qu'il en existe quelques autres évoluant d'une manière torpide et qu'on retrouverait en passant en revue tous les enfanfs. C'est là encore une maladie contagieuse et souvent fort grave contre laquelle il y aurait lieu de prendre de sérieuses précautions. »

Nous attribuons en partie la persistance des affections oculaires dans notre service au mauvais état des pavillons de la section dont la plupart n'ont été ni lessivés ni repeints, depuis leur construction, malgré nos fréquentes réclamations et parfois aussi à l'insuffisance d'approvisionnement du linge qui fait que les infirmières ne peuvent se conformer strictement aux conseils que M. Poulard et nous leur donnons.

Nous écrivions en 1901 que « l'Administration avait accordé à nos collègues et à nous, la faculté de faire prendre des bains et des douches aux consultants qui habitent la région, dépourvue d'établissements balnéo-hydrothérapiques, qu'il n'en résultait pas une dépense sérieuse pour l'Assistance publique ; les malades pouvaient suivre leur traitement tout encont inuant à exercer leur profession et sans perdre de temps. Cette tolérance faisaithonneur à l'Administration et rendait service aux malheureux. Nous ajoutions qu'il devrait en être ainsi dans tous les établissements hospitaliers suburbains et départementaux, comme l'asile de Ville-

juif, ou municipaux comme Bicêtre, l'hospice des Ménages à Issy, l'hospice des Incurables d'Ivry qui devraient être des centres hospitaliers pour leur région (1). Malheureusement M. Mourier a donné l'ordre de supprimer bains et douches aux malades externes. Espérons que M. Mesureur reviendra sur cette mesure qui ne s'explique guère.

*
* *

Population au 31 décembre 1903. — Il y avait à cette époque dans le service 428 enfants, se décomposant ainsi : 411 enfants *idiots*, *imbéciles* ou *épileptiques*, *dits aliénés* et 17 *réputés non aliénés*. Sur ces 411 enfants 140 sont atteints de *gâtisme* ; 20 d'*incontinence nocturne d'urine* ; 12 de *cécité complète* ; 12 de *cécité incomplète* ; 5 de *surdi-mutité* ; 6 de *surdité* ; 17 sont *bègues* ; 7 présentent du *mutisme volontaire* ; 56 *des impulsions violentes* ou des *accès de colère* ; 63 sont *menteurs* à un degré pathologique ; 42 sont atteints de *dacnomanie* ; 5 de *pyromanie* ; 8 *d'écholalie* ; 20 de *krouomanie* ; 39 de *clastomanie* ; 29 de *coprolalie* ; 26 de *kleptomanie* ; 13 d'*échokinésie*. 8 de *rumination* ; 2 sont *déchireurs d'ongles* ; 15 sont *flaireurs* ; 47 sont *baveux* ; 5 sont atteints d'*hydromanie* ; 7 d'*hydrophobie* ; 21 de *coprophagie* ; 57 sont *onycophages* ; 177 sont *onanistes* ; 17 présentent du *nystagmus* ; 49 sont *strabiques* ; 7 ont présenté de la *dépression mélancolique* ; 17 ont des *tics convulsifs*

(1) L'Assistance publique en banlieue, disions-nous dans une circulaire électorale (février 1899), est une question à laquelle je me suis attaché depuis 1876, époque où j'ai fait un rapport dans lequel j'ai demandé la création d'hôpitaux cantonaux. Depuis, la situation s'est améliorée par la création d'hôpitaux intercommunaux, l'agrandissement d'hôpitaux déjà existants, la création de l'hospice Favier, etc...

« L'hospitalisation des vieillards est à peu près réalisée dans la moitié des communes, mais n'existe pas dans l'autre moitié. Il

(lèvres, paupières, etc.,); 32 ont le tic du *balancement du corps* avec ou sans *rotation de la tête;* 17 ont un *tic coordonné des mains*; 16 enfants idiots sont *tourneurs;* 14 sont *sauteurs;* 24 sont *grimpeurs.* Un enfant était atteint d'*hémimélie;* 1 de *polydactylie;* 2 de *syndactylie;* 11 de *malformations pathologiques de la main;* 1 d'*encéphalocèle;* 2 de *cyphose;* ? de *scoliose;* 16 présentent des *pieds-bots;* 6 sont *hémiparétiques;* 18 sont *paraplégiques;* 20 sont *hémiplégiques;* 12 sont *diplégiques;* 7 sont *atteints de maladie de Little;* 10 sont *athétosiques.*

Personnel du service en 1903. — Le personnel était ainsi composé :

1° *Service médical :* Un conservateur du Musée, M. le Dr J. NOIR. Deux internes provisoires MM. DARCANNE et FRIEDEL; un interne en pharmacie, M. BONIN. M. IZOU, externe des hôpitaux, a remplacé M. Darcanne à partir du

2° *Service scolaire: A. Grande École.* — 4 instituteurs : MM. MESNARD, LANDOSSE, CAMAILHAC et DERUETTE; un professeur de chant, M. SUTTER; un professeur de gymnastique, M. GOY; un professeur de dessin, M. DUMONT; un maître de danse, M. LANDOSSE; deux maîtres d'escrime. — B. *Petite Ecole.* Mlle AGNUS, surveillante de 1re classe, Mlle BOHAIN (Amandine), surveillante de 2e classe, Mlle MARQUET, surveillante de 5e classe et 13 infirmières de jour

---

serait possible, facile même de donner satisfaction aux *malades* d'une partie de la banlieue, par une entente avec l'Assistance publique et le département en vue de la création aux hospices d'Ivry, de Bicêtre et d'Issy, etc., de pavillons pour les malades et les blessés des communes environnantes. Ces annexes seraient administrées à peu de frais et desservies par les services généraux de ces maisons, restreignant ainsi très sensiblement le prix moyen d'hospitalisation. ce qui permettrait de soigner un plus grand nombre de malheureux.»

aidant les maitresses d'école, après avoir terminé le nettoyage de leurs dortoirs respectifs et accompli leurs corvées.

3° *Enseignement professionnel.* — 8 maitres dont nous avons donné les noms à la page LXVI, plus deux infirmiers de garde. Ces infirmiers remplacent les chefs d'ateliers momentanément absents, par exemple pour faire des réparations dans les salles. Ils interviennent quand les enfants ont des querelles, des impulsions, des accès, pour les conduire à l'infirmerie, etc. Ils devraient être choisis, comme nous l'avons dit plus haut, parmi les infirmiers ayant exercé les professions correspondant à celles des chefs d'ateliers, afin, redirons-nous, de remplacer, avec compétence, les chefs d'ateliers en congé ou absents pour cause de maladie.

4° *Service hospitalier.* — Il se compose de M. GERDER surveillant de 4e classe remplissant les fonctions de surveillant général ; de M. GUILLOU, surveillant de 5e classe, de M. LELIÈVRE, infirmier de classe exceptionnelle, faisant les fonctions de surveillant de 5e classe, de M. GÊLIN, infirmier de classe exceptionnelle, plus spécialement attaché au gymnase (1) ; de Mlle JAMOUILLE, faisant les fonctions de surveillante au pavillon de l'infirmerie ; de Mme MALENÇON, surveillante de 4e classe (bâtiment Séguin : gâteux) ; de Mme GRISARD, surveillante de 5e classe (pavillon d'isolement) ; de Mme PETIT-COLAS, surveillante de nuit ; de M. CHÉREL, surveillant de 5e classe, attaché au service des bains et douches ; d'un infirmier portier, d'un perruquier ; de 35 infirmières, 25 de jour et 10 de nuit ; de 34 infirmiers, 25 de jours et 9 de nuit ; total du personnel secondaire : 91.

---

(1) M. Gélin, sur notre avis, a été dressé par M. Goy ; il l'aide chaque jour et le remplace en cas d'absence.

SECTION II : **Fondation Vallée.**

Histoire du service pendant l'année 1903.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

La Fondation Vallée, par les diverses catégories d'enfants qu'elle reçoit, ne correspond pas à la colonie de Vaucluse dont, lors de sa création, elle devait être le pendant, c'est-à-dire ne recevoir ni épileptiques, ni gâteuses, mais au service des enfants de Bicêtre, où nous recevons, en outre des épileptiques et des hystériques, *toutes les catégories d'enfants idiots*, ainsi que des enfants ou des adolescentes atteintes d'*imbécillité morale*, avec toutes les *perversions instinctives*. Nous avons, à la Fondation, deux groupes principaux : 1° les *enfants idiotes* et *gâteuses*, VALIDES ou non ; — 2° les *enfants propres*, — et dans les deux groupes, des *épileptiques*.

Enfants idiotes et *gâteuses*. — Elles étaient au nombre de 84 au 1er janvier 1903 et de 78 à la fin de l'année. Leurs installations de *jour* sont dans le sous-sol du pavillon neuf. Au point de vue du traitement les moyens et procédés sont les mêmes que ceux décrits dans nos précédents Rapports.

Les *idiotes gâteuses* se divisent en deux catégories : a) les enfants VALIDES qui sont envoyées à l'école durant une partie de la journée; — b) les enfants INVALIDES, qui séjournent dans le sous-sol. Ce sous-sol, en réalité un rez-de-chaussée bien aéré, bien éclairé, donne de plein pied sur une large terrasse, exposée à l'ouest et sur laquelle, en été, on dresse une tente reposant sur un sol cimenté. Chez sept d'entre elles, nous avons pu *supprimer le gâtisme*. Pour qu'on se rende compte de la possibilité d'améliorer ces enfants, voici quelques renseignements sur celles qui, parties de très-bas, ont fait de sérieux progrès.

HARB... (Blanche), âgée de 4 ans et demi, est entrée à la Fondation Vallée le 2 mai 1902, atteinte d'*idiotie myxœdémateuse*. Elle ne disait pas un mot, elle poussait seulement un son rauque. Elle ne marchait pas, se tenait à peine debout; gâtait nuit et jour; ne mangeait pas seule et ne prenait que des aliments peu consistants, car la mastication était lente et difficile. Elle ne s'aidait en rien, il fallait procéder à son habillement et à sa toilette comme à une enfant de quelques mois. La physionomie était sans expression, le regard était indifférent, les sentiments affectueux n'étaient pas plus développés que son intelligence, l'enfant n'était pas méchante, mais elle était indifférente avec tout le monde. Le teint était cireux, les mouvements très embarrassés, très lourds. HARB... résumait en elle tous les symptômes qui caractérisent l'*idiotie myxœdémateuse*.

Elle a été mise en *traitement par la glande thyroïde* dès le début; de même qu'elle a suivi aussitôt les premiers exercices de notre enseignement : exercices de la parole, de la marche, traitement du gâtisme, etc.

Peu à peu la physionomie s'est éveillée, le teint s'est éclairci, les mouvements de l'enfant sont devenus plus vifs. A mesure qu'elle se développait physiquement, elle devenait attentive à tout ce qui se passait autour d'elle : cherchait à répéter quelques mots tels que : maman, papa, tata, attends, etc.; essayait également de tenir seule sa cuiller pour manger.

Aujourd'hui, un changement merveilleux s'opère de jour en jour chez cette enfant : la physionomie devient expressive : le regard vif et brillant indique un certain degré d'intel-

ligence; elle s'intéresse à tout, comprend tout ce qu'on lui dit. Elle est très affectueuse et caressante et sait se faire aimer des personnes qui l'entourent. Son gracieux sourire, sa bonne figure réjouie, ses mille gentillesses, attirent l'attention de tout le monde. Elle mange seule, se sert facilement de la cuiller, la mastication est beaucoup moins lente qu'au début. La parole se développe en essayant de répéter tout ce qu'elle entend; construit même de petites phrases, en disant principalement la fin des mots; ainsi, par exemple, le matin lorsqu'elle aperçoit son infirmière, elle accourt au devant d'elle et lui dit : « you maman, brasse? » ce disant, elle tend ses petits bras pour qu'on la prenne et sa joue pour être embrassée. Elle imite également ce qu'elle voit faire; aide à s'habiller et à se déshabiller. L'enfant est devenue tout à fait propre; le jour elle demande : « papa, pipi, ou popo, caca selon le besoin qu'elle éprouve.

L'enfant marche maintenant toute seule, elle trottine partout avec aisance; monte et descend les escaliers en se tenant des deux mains à la rampe et parait fière de pouvoir faire cet exercice sans l'aide de personne.

Elle va en classe et s'intéresse aux principaux exercices : les livres et les cahiers qu'elle feuillette, l'amusent; les gravures attirent son attention : Blanche rit aux éclats et pousse des exclamations quand elles sont grotesques.

En un mot, l'enfant est très améliorée sous tous les rapports et les progrès réalisés jusqu'à ce jour peuvent faire espérer un bon développement physique et intellectuel lent, mais sûr.

BUL... (Marguerite), 4 ans 1/2. *Idiotie complète.* — *A l'entrée*, le 19 septembre 1902, parole et marche nulles, gâtisme absolu; malgré cela, elle avait la physionomie assez expressive et, de prime abord, paraissait plus intelligente qu'elle ne l'était réellement (1). Elle était turbulente au possible, il aurait fallu la tenir constamment dans ses bras pour éviter une rage. Quand on refusait de la porter, elle pleurait, criait à gorge déployée pendant des heures entières, à tel point qu'on aurait pu croire qu'elle était maltraitée. Elle ne marchait pas et ne disait aucun mot, elle gâtait nuit et jour.

Cette enfant mise en traitement dès le début a déjà fait des

(1) Le défaut de correspondance de la physionomie avec l'état réel n'est pas rare. — Même défaut de correspondance, souvent, entre la parole et l'état réel.

progrès. Elle est devenue affectueuse et caressante pour les personnes qui la soignent, elle marche seule et court de tous côtés comme un vrai furet. Elle aime beaucoup entendre le chant et la musique, fredonne certains airs mais ne dit que ces deux mots : *maman, bobo.* Elle boit et mange seule, ce qu'elle ne faisait pas à son entrée. Elle gâte rarement la nuit, quand on a soin de la faire lever, il en est de même dans la journée quand on la met souvent sur le siège. Amélioration.

Idiotie et épilepsie. — COUL.. (Marie), 10 ans. A l'entrée à la Fondation le 1er juin 1901, la physionomie de l'enfant manquait d'expression, son air était hébété, le regard vague et sans but, rien chez cette enfant n'annonçait l'intelligence. Elle parlait, mais avait un défaut de prononciation pour la lettre *r* ; ainsi pour dire travaille, elle prononçait *tavaille* ; elle disait bonjou, pour bonjour; ouvoi, pour ouvroir; en somme le langage était tout à fait enfantin. Le caractère était triste, maussade. Elle ne prenait part à aucun jeu. Elle n'était pas du tout expansive et restait inerte une partie de la journée. Toutes les branches de l'enseignement lui étaient totalement inconnues.

Sous l'influence du traitement, une vraie métamorphose s'est opérée. Elle n'a eu qu'un seul accès d'épilepsie depuis son entrée ; aussi l'enfant s'est développée sous tous les rapports. La physionomie s'est éveillée, le regard est devenu vif et pétillant, elle a aujourd'hui un air futé et malin qui dénote une certaine intelligence. Tout défaut de prononciation a disparu, elle s'exprime avec facilité et soutient une conversation. Une grande activité a remplacé l'inertie d'autrefois; l'humeur maussade, qui lui était habituelle, a fait place à la joie et à la gaité. Elle met beaucoup d'entrain dans tout ce qu'elle fait; elle s'habille et se donne les soins de toilette nécessaires, elle aide au ménage, aime à se rendre utile. En classe, ses progrès n'ont pas été moins rapides, elle sait faire une copie, commence à syllaber et connait l'addition. Elle a réalisé de réels progrès en *couture,* l'enfant travaille aux tabliers, aux robes ; elle commence à repasser, autant de choses qui lui étaient inconnues à son entrée. Elle fait bien la *gymnastique,* cette occupation rentre dans son élément parce qu'elle est vive et agile et aime tout ce qui demande du mouvement. En somme, cette enfant a fait beaucoup de progrès et est en très bonne voie d'amélioration.

Imbécillité, perversions instinctives, fugues, kleptomanie. — MARZORA.... (Georgette), 14 ans. A *l'entrée* à la Fondation (mars 1902), la physionomie indiquait une certaine intelligence, mais peu de franchise, le regard était sournois, elle était peu affectueuse et peu expansive. Le caractère était irritable à l'excès; elle s'emportait à la moindre contrariété, ne pouvait pas supporter le voisinage de ses compagnes. De plus, elle était très bizarre: elle s'actionnait des heures entières à s'amuser avec un rien, par exemple à attraper les mouches, à les enfiler dans une aiguillée de fil et les compter par centaines; d'autrefois, elle recherchait la société de certaines de ses compagnes plus jeunes et bien inférieures à elle comme intelligence, les amusait d'abord, puis finissait toujours par les taquiner et les faire pleurer et paraissait satisfaite quand elle arrivait à son but. Elle possédait certaines notions au point de vue scolaire, mais un rien la distrayait et la portait à rire, elle empêchait souvent ses compagnes de travailler. Elle était à surveiller pour le vol, elle s'appropriait facilement les affaires de ses compagnes.

Aujourd'hui, l'enfant s'est améliorée, elle se rapproche beaucoup d'une enfant à peu près normale. Le caractère laisse encore à désirer, mais elle est cependant moins coléreuse et moins répondeuse qu'autrefois. Ses idées et son langage sont moins bizarres. Elle rechercherait encore la société des plus petites plutôt pour s'amuser que pour les taquiner. Nous n'avons aucune fugue. Il y a chez elle de l'enfantillage dans ses paroles, dans ses jeux, dans ses habitudes, mais on ne remarque ni vice, ni perversions instinctives, elle n'a pas de mauvaises habitudes. Sa tendance pour la kleptomanie a disparu. L'enfant a fait de réels progrès en classe, puisqu'elle a pu obtenir le *certificat d'études*.

Elle a également fait beaucoup de progrès pour l'ouvroir, elle est même très adroite et peut devenir une bonne couturière. Elle est également habile pour certains travaux manuels qu'elle confectionne avec goût. Elle repasse bien, fait la gymastique avec beaucoup de souplesse et d'agilité et là, comme ailleurs, ses progrès sont sensibles.

Imbécillité avec mouvements choréiques. — LASCO.. (Gabrielle), 13 ans. — *A l'entrée* (22 janvier 1903), le visage de l'enfant était pâle, la physionomie avait une empreinte de tristesse et de mélancolie, comme si elle s'était rendue compte de son état. Elle causait peu, la voix était tremblotante, la parole lente et saccadée. Les sentiments affectifs n'étaient

nullement développés, elle recherchait plutôt la solitude, son regard était timide et indifférent avec tout le monde. Les mouvements brusques des bras et des jambes ne lui permettaient pas de se donner les soins de toilette nécessaires ; au réfectoire elle avait de la peine à porter les aliments à sa bouche et en répandait fort souvent sur la table. Sa démarche était chancelante et son allure désordonnée. Son intelligence était tout à fait réfractaire à l'étude et sa mère déclare qu'on n'avait jamais pu lui rien apprendre en classe, elle faisait le désespoir de ses maîtresses d'école. Quand elle est arrivée parmi nous, elle connaissait à peine les lettres, les nommait avec peu d'assurance, l'écriture était à peu près nulle, comme l'indique du reste ses cahiers pendant sa période choréique ; elle connaissait et savait faire les chiffres. Tout son savoir consistait en ces quelques notions.

L'enfant a été mise en traitement dès le début (douches, capsules de *bromure de camphre*, gymnastique). En quelques mois une grande amélioration s'est manifestée sous tous les rapports. La physionomie a pris, peu à peu, une expression toute réjouie, l'air maussade et mélancolique a fait place petit à petit à une gaîté et un enjouement continuels ; elle est devenue affectueuse et serviable avec le personnel, très complaisante avec ses compagnes, principalement avec les plus petites, elle s'intéresse à elles, les place sous sa protection et leur donne gentiment les soins qu'elles réclament.

Au point de vue scolaire, elle a également fait des progrès, l'écriture est devenue très lisible, la copie est bonne, elle commence à faire quelques devoirs de grammaire, connaît l'addition. Elle lit par syllabes et tout donne à espérer que d'ici quelques jours la lecture de l'enfant sera courante.

Elle aime la *gymnastique*, sait faire tous les mouvements, y est devenue très agile. Elle se livre avec plaisir aux travaux de *couture*, s'y prend bien et n'est pas maladroite. Inutile d'ajouter que l'enfant ne pouvait suivre aucun de ces exercices à son entrée. — En somme, elle a fait, en tout, des progrès sensibles.

Imbécillité prononcée, turbulence nocturne, onanisme. — MIL.. (Alice), âgée de 11 ans. A l'entrée à la Fondation le 12 janvier 1903, atteinte d'imbécillité prononcée, avec turbulence nocturne et onanisme fréquent, la physionomie était peu expressive, le regard n'annonçait aucune intelligence, elle parlait, mais zézayait un peu, ne construisait que des phrases très courtes, répondait à peine quand on l'interrogeait.

Le caractère était turbulent, quelquefois vif à l'égard de ses compagnes, timide avec le personnel et par conséquent fort peu expansif. Elle s'habillait et se déshabillait très lentement ne procédait nullement à ses soins de toilette. Le sommeil était agité ; elle se levait souvent dans la nuit, elle se livrait à l'onanisme, malgré une grande surveillance ; la santé de l'enfant en était altérée, car elle était pâle, les yeux cernés et sa maigreur était inquiétante.

De plus, l'enfant n'avait aucune aptitude pour ce qui concerne l'enseignement, ne se rendait nullement compte de l'utilité de la classe ; les lettres, les chiffres, l'écriture, la gymnastique, tout était inconnu pour elle. Rien ne faisait présager de grands progrès, cependant un grand changement s'est opéré dans l'état général de l'enfant. Le visage a pris une certaine expression, le regard est doux et vif à la fois, le défaut de prononciation a totalement disparu. Elle n'est plus aussi turbulente, s'accorde bien avec toutes ses compagnes, elle est serviable, s'acquitte exactement de l'emploi qu'on lui donne, procède à toute sa toilette avec soin. Ajoutons aussi que le sommeil de l'enfant est tranquille et que ses mauvaises habitudes ont disparu. Le tempérament de l'enfant est meilleur, elle a bonne mine, l'état général est bon.

En classe ses progrès ont été, pour ainsi dire rapides, pour une enfant atteinte d'un tel degré d'imbécillité : elle a appris à écrire, fait bien une copie, commence à assembler les syllabes, compte jusqu'à 100 et sait écrire jusqu'à ce nombre, fait une petite addition. Elle est agile pour la gymnastique, elle qui, au début, paraissait avoir une difficulté insurmontable. Elle commence à coudre, fait bien un ourlet, l'enfant savait à peine tenir une aiguille à son entrée. Amélioration notable.

Imbécillité, excitation et impulsions violentes. — Lesa.. (Marguerite), 15 ans, entrée à la Fondation en avril 1901. *A son arrivée*, la physionomie de l'enfant était dure, le caractère laissait beaucoup à désirer sous tous les rapports, elle était susceptible et irritable à l'excès. Elle se mettait dans des rages épouvantables pour le motif le plus futile. Elle criait à gorge déployée, jetait des cris, poussait des rugissements comme une bête fauve, tapait des pieds, s'arrachait la chevelure des deux côtés de la tête à un tel point que ses cheveux étaient tout à fait clairsemés et très courts.

En outre, sa tenue était déplorable, elle se déshabillait

continuellement, ne gardait ni jupon ni pantalon, changeait ses effets avec ses compagnes ou bien elle les déchirait: elle agissait en un mot comme une enfant qui n'a pas un brin de raison. Elle était répondeuse et malhonnête, ne supportait pas la moindre observation.

Elle avait une certaine mémoire pour les leçons scolaires, mais n'y mettait aucune bonne volonté. Elle s'amusait à rire et à bavarder avec ses compagnes. L'enfant avait aussi de réelles difficultés pour la gymnastique et n'y mettait aucune bonne volonté, prétendait qu'elle avait une hernie et qu'elle ne pouvait se livrer à cet exercice. En somme, l'enfant présentait des bizarreries de caractère et était très difficile à diriger.

Peu à peu son caractère s'est modifié, ses accès de colère sont devens moins fréquents, ses moments d'excitation ont fait place à un calme régulier. Elle est devenue plus polie et plus complaisante à l'égard du personnel, son raisonnement est devenu meilleur, l'enfant a même aujourd'hui un certain jugement. Elle est devenue très propre et très soigneuse de sa personne, minutieuse dans sa toilette, Au point de vue scolaire ses progrès n'ont pas été moins rapides, elle y a mis de l'application, de la bonne volonté et a pu obtenir le *certificat d'études*. Elle suivait égalemcnt bien tous les exercices de la gymnastique. Sous le rapport de la couture, l'enfant a bien appris à coudre ; elle y mettait d'autant plus d'ardeur qu'elle voulait en faire son métier. Vu cette amélioration notable, elle a été rendue à sa famille dans le courant de l'année.

For.. (Louise), *idiotie complète*, 8 ans, entrée le 1er décembre 1899, cécité. Cette enfant était très chétive, sa physionomie était insignifiante et inspirait la pitié, à cause de son mauvais état général. Elle ne mangeait. ni ne buvait seule, ne pouvait même pas se tenir sur les jambes, la parole était nulle. Elle gâtait nuit et jour. Rien ne pouvait faire présager la moindre amélioration chez cette enfant; cependant elle est parvenue à marcher seule, à s'alimenter elle-même assez proprement. Elle parle franchement et sans le moindre défaut de prononciation. Elle est propre le jour, va elle-même sur le siège ou bien elle se dirige de ce côté, la nuit il suffit de la faire lever une ou deux fois pour qu'elle soit tout à fait propre. Amélioration.

Lar.. (Marcelle) *idiotie myxœdémateuse*, âgée de 8 ans. Lors de son entrée à la Fondation Vallée, le 16 mars 1901, la phy-

sionomie peu expressive n'annonçait aucune intelligence ; elle marchait seule, mais sa démarche était lourde ; elle se dandinait de droite à gauche ; ne courait, ni ne sautait. L'enfant parlait, mais elle zozotait à chaque mot et il fallait être habitué à son langage pour saisir ce qu'elle disait, la voix était nasillarde et voilée. Elle mangeait seule et ne se servait que de la cuiller; elle ne gâtait pas, mais était incapable de se donner le moindre soin de propreté, ne savait ni s'habiller, ni se déshabiller.

Au point de vue intellectuel, l'enfant n'était pas plus avancée, cela va sans dire, elle ne connaissait que les différentes parties de son corps, de ses vêtements et les principaux objets usuels. Nulle notion scolaire.

Les premiers jours de son entrée, l'enfant a été mise en traitement par la *glande thyroïde;* de même qu'elle a suivi dès le début tous les exercices classiques, voire même le chant et la gymnastique. Peu à peu, une vraie métamorphose s'est opérée en elle. Aujourd'hui, Marcelle est en très bonne voie d'amélioration et ses progrès sont même assez rapides. Le regard, vif et éveillé, indique l'intelligence ; le sourire, doux et gracieux rend la physionomie agréable et expressive.

En classe, elle commence à écrire, forme à peu près toutes les lettres, les distingue les unes des autres, ainsi que les chiffres ; elle apprend par cœur des petites fables. L'enfant est vive, alerte dans ses mouvements ; marche, court, saute avec agilité ; parle facilement, s'exprime avec volubilité, soutient bien une conversation, fredonne des chansons, ne zézaie plus, la voix est plus claire.

Marcelle s'habille et se déshabille seule, se lace, se boutonne elle-même, aide même quelques-unes de ses compagnes qui ne peuvent le faire ; se débarbouille elle-même, prend plaisir à barboter dans l'eau. Elle suit tous les exercices des grandes : va à l'ouvroir, au chant, à la danse ; fait également la gymnastique, à laquelle elle se montre très agile ; elle prend un petit air d'importance quand elle se rend à ces différents exercices. Actuellement, elle est comme une enfant normale de 6 à 7 ans. Amélioration très notable.

ROBIL... (Isabelle), âgée de 9 ans, entrée à la Fondation Vallée, le 25 novembre 1902, atteinte d'*imbécillité*, à un degré très prononcé, avec *strabisme* très accusé, *nystagmus* intermittent et mouvements choréiformes.

D'après ce diagnostic, il est facile de comprendre que l'état général de l'enfant laissait beaucoup à désirer. La

physionomie avait une expression gauche et embarrassée, son regard n'avait aucune fixité, elle possédait l'usage de la parole, mais son air timide, l'empêchait de répondre directement aux questions. Elle parvenait avec beaucoup de difficultés à s'habiller et à se déshabiller, les mouvements choréiques se renouvelant très souvent y mettaient un grand obstacle. Vu cette incapacité, l'enfant était triste, tout était pour elle un sujet d'ennui, aussi la voyait-on très souvent se mettre dans un coin et pleurer à chaudes larmes.

Au point de vue scolaire, elle était nulle. A cause de son état elle n'avait pas fréquenté l'école; sa vue aussi bien que ses mouvements opposaient de grandes difficultés à son avancement; rien ne faisait présager une sérieuse modification. Après 6 mois de traitement, un changement assez marqué s'est opéré dans toute sa personne, sous le rapport physique comme intellectuel. Les mouvements choréiques et désordonnés ont disparu petit à petit, la physionomie n'avait plus cet air inquiet et peiné, un grand calme et une réelle sérénité remplaçaient la mélancolie et la tristesse.

Aujourd'hui, elle s'amuse bien en récréation et prend part à tous les jeux de ses compagnes, sa conversation est intéressante, l'enfant raisonne comme un petit personnage. Ainsi qu'à son entrée, elle s'habille et se déshabille seule, mais le fait avec beaucoup plus d'adresse, se débarbouille elle-même, en un mot procède entièrement seule aux soins concernant sa toilette.

En classe, l'enfant montre une application soutenue, mais la vue est toujours mauvaise, elle a du strabisme convergent double, l'œil gauche est fortement dévié en dedans ce qui l'empêche de distinguer les lettres à première vue. Malgré tous ces inconvénients, elle a appris à écrire, les lettres et les chiffres sont bien formés, elle commence à copier, assemble les lettres. Tout porte à croire que l'enfant lira couramment dans le courant de l'année. La mémoire n'est pas mauvaise, l'enfant récite des fables et fredonne des chansonnettes.

Elle s'applique bien à l'ouvroir, aime les travaux à l'aiguille, on la voit confectionner des effets pour sa poupée. Elle travaille bien à la gymnastique et y met beaucoup de bonne volonté. L'attitude de cette enfant s'est améliorée et ses progrès sont notables.

Bida... (Jeanne), âgée de 16 ans, entrée à la Fondation le 13 octobre 1902, atteinte d'*imbécillité* avec *périodes d'excitation*.

A *son entrée*, la physionomie de l'enfant n'indiquait aucune intelligence, le regard était sournois, elle savait parler, mais était incapable de tenir conversation, l'attitude était embarrassée. Le caractère était triste, maussade; les premiers jours de son arrivée, l'enfant avait eu, sans motif déterminé, une *période de mélancolie* plus prononcée que d'habitude. Il s'en était suivi des idées de suicide: certain soir au préau, on l'a surprise cherchant à s'étrangler avec le cordon de sa chemise.

Elle procédait mal à ses soins de toilette, s'habillait et se déshabillait avec lenteur. Elle n'avait aucun goût pour les travaux de couture, ni aucune notion de la gymnastique paraissait même avoir pour ce dernier exercice des difficultés insurmontables. Elle était également très en retard au point de vue scolaire, ne connaissait ni lettres, ni chiffres, ne savait pas écrire; vu son âge avancé, elle ne donnait pas à espérer de grands résultats.

Aujourd'hui un changement notable est survenu, malgré tout. La physionomie est plus franche et plus expressive, elle est beaucoup plus affectueuse et expansive, tient facilement conversation avec ses compagnes, elle est serviable avec le personnel, n'a plus les idées noires qui la portaient à attenter à ses jours; n'a ni période d'excitation, ni de mélancolie. Le caractère est devenu réellement calme et tranquille. Elle procède minutieusement aux soins de propreté, sa tenue est correcte.

En classe, elle a également fait des progrès, commence à lire par syllabes, l'écriture est lisible, fait bien une copie, commence à faire de petites additions. Elle commence à coudre, se rend sans peine à la couture et au repassage. Elle suit avec facilité les exercices de gymnastique, elle est beaucoup plus souple et plus agile dans ses mouvements. — En résumé les progrès de cette enfant sont très sérieux.

L'amélioration notable acquise chez ces enfants atteintes d'idiotie complète, d'idiotie profonde ou d'imbécillité très prononcée montre nettement qu'on peut obtenir des résultats au moins analogues ou plus considérables, à plus forte raison, chez des *enfants moins malades*, imbéciles et arriérés. Nous pourrions relater de nombreux exemples du même genre qui

n'ajouteraient rien aux précédents, tout à fait démonstratifs.

2° *Enfants idiotes, imbéciles, épileptiques*, etc., VALIDES. — *Enseignement primaire* et *enseignement professionnel*. Les procédés employés sont les mêmes qu'à la section de Bicêtre. Les améliorations réalisées dans les écoles des garçons sont introduites immédiatement à la Fondation. L'idéal que nous poursuivons consiste à *occuper les enfants du matin jusqu'au soir*, en variant le plus possible les exercices. Les jeux mêmes doivent contribuer à leur éducation.

Au *lever*, on apprend aux enfants à faire leur *toilette*, leur *lit*, à *nettoyer* leur dortoir, à *brosser* leurs vêtements. Aux repas, on surveille les enfants qui savent manger seules et on corrige leurs mauvaises habitudes ; on apprend aux autres à se servir de la cuiller, de la fourchette, etc. Nous ne cessons de répéter au personnel de surveiller avec le plus grand soin les aliments, d'enlever les fragments d'os ou de tendons, susceptibles de produire des accidents, de couper les aliments en très menus morceaux, de veiller à la mastication et à la déglutition. Sur 236 enfants présentes à la fin de l'année, 60 savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 80 de la cuiller et de la fourchette ; 52 de la cuiller seulement ; 44 ne savent pas manger seules.

200 enfants ont fréquenté l'*école* et ont été exercées à la *gymnastique des échelles* et des *ressorts ;* 80 enfants participent aux exercices de la *grande gymnastique*, sous la direction de M. GOY et de la surveillante Mme Athénaïs BOHAIN. Les leçons de M. GOY ont lieu une fois par semaine, le jeudi; elles sont répétées par Mme BOHAIN et ses aides. Mais, en raison de l'augmentation de la population, il serait nécessaire

que le professeur donnât deux leçons par semaine. L'Administration départementale et la Commission de surveillance ont reconnu la légitimité de notre demande, déjà renouvelée plusieurs fois, et l'ont signalée à l'Administration de l'Assistance publique, dont nous attendons toujours la réponse.

Les *leçons de choses*, multipliées le plus possible, ont lieu à la classe, dans les promenades et surtout dans les jardins dont les arbres, les arbustes, les plantes, etc., sont étiquetés. — Les détails dans lesquels nous sommes entré dans nos Rapports de 1890 à 1902 au sujet de l'*habillement* (mannequin spécial), de l'*éducation* de la *digestion*, de la *respiration*, de la *circulation* et de l'*hygiène sexuelle*, nous dispensent d'y revenir cette année.

Notre personnel surveille attentivement l'apparition et le développement de la *puberté*. Dès l'apparition des poils sous les aisselles et sur le mont de Vénus, elles préviennent les fillettes qu'il s'agit-là d'un fait naturel. On évite ainsi certaines inquiétudes et des actes bizarres. Il en est qui s'ingénient à s'arracher les poils sous prétexte que c'est de la malpropreté, ou qui les coupent. Lorsque les seins ont pris un certain accroissement, que le système pileux devient de plus en plus abondant, on les avertit de prévenir si elles éprouvent des douleurs dans les reins ou le bas-ventre et s'il leur arrive de perdre un peu de sang. A la première apparition des *règles*, on complète les renseignements et on leur donne des conseils sur les précautions à prendre. Les époques, avec leurs caractères (douloureuses ou non, abondantes ou non, durée, etc.) sont notées; on nous signale les pertes blanches qui les précèdent ou les suivent ainsi que les suspensions. Enfin on habitue les fillettes aux soins

de propreté. C'est ce que les mères de familles, les institutrices, les maîtresses de pension devraient faire toutes.

De même qu'à Bicêtre, nous procédons à l'examen des *organes génitaux* et nous suivons l'apparition et l'évolution de la *puberté*. Cet examen a lieu à l'entrée, puis tous les ans ou tous les six mois, suivant l'utilité. Nous sommes aussi en mesure de constater les lésions qui peuvent se produire. L'examen, à l'entrée, nous permet, en cas de rapports sexuels durant les congés, de comparer avec l'état génital de l'enfant à son arrivée.

* * *

Enseignement du dessin. — Cet enseignement, est fait par M. Dumont. Il donne aux jeunes filles, au nombre de 30, divisées en deux séries, une leçon tous les jeudis de 8 1/2 à 9 heures 1/2 du matin. Voici quelques notes concernant cet enseignement :

Conformément à nos instructions il s'est occupé successivement de tous les enfants, en mesure de profiter de cet enseignement. Voici le résumé qu'il nous a remis pour 1903 :

30 fillettes divisées en 2 séries ont participé à cet enseignement. La première série est composée des élèves qui ont suivi le cours de dessin l'année précédente. La deuxième série est composée de jeunes débutantes, que nous espérons amener progressivement au niveau de leurs aînées.

Les cours sont faits avec des modèles copiés d'après nature; nous avons pris cette année les modèles de dessin parmi les collections officielles de la Ville de Paris; ce sont des plâtres représentant des feuilles d'acanthe, de lierre, de vigne, de laurier et des motifs d'ornement.

Dans la série des objets usuels, nous avons pris comme medèles des entonnoirs, des arrosoirs, des cuillères à pot, soupière, marmite, des boites au lait, etc. La plupart de ces modèles ont été reproduits par les jeunes élèves dans leur proportion respective et quelques-unes en ont indiqué les ombres avec beaucoup de goût et d'application.

*
* *

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait depuis 1895, à titre gracieux, par M. Eugène Sutter, professeur de chant à l'asile-école de Bicêtre. De même que les années précédentes, M. Sutter s'est occupé successivement de *toutes* les enfants, en état de profiter dans une mesure quelconque de son enseignement. 100 enfants y ont participé. — La classe spéciale de théorie musicale et de solfège a donné de bons résultats ; 40 enfants ont suivi cette classe. Comme les années antérieures les enfants les moins atteintes ont appris des mélodies et des petites romances chantées dans les concerts organisés par les garçons de l'hospice et aux réunions du samedi. Toutes y ont pris un réel intérêt et y ont apporté beaucoup de bonne volonté.

*
* *

Danse. — Les exercices de *danse* ont lieu sous la direction de M. Landosse, instituteur à Bicêtre, tous les mercredis de 4 à 5 heures et le dimanche, après la visite des parents, sous la direction de la surveillante. — 180 enfants ont pris part à ces exercices ; 102 savent danser la polka, 84 connaissent la polka, la mazurka et la scottish ; 72 connaissent toutes les danses de caractère et les différentes figures du quadrille.

* * *

Enseignement professionnel. — A mesure que les enfants se développent, on leur apprend tous les soins du ménage, à mettre et à retirer le couvert, à nettoyer les réfectoires, laver la vaisselle, etc. (1). Une vingtaine des moins arriérées aident le personnel à apprendre à manger aux enfants incapables de manger seules et à perfectionner celles qui mangent malproprement.

Les deux *ateliers* que nous possédons ont continué à fonctionner régulièrement. Le travail, évalué par M. MAUPRÉ, économe de Bicêtre, d'après le tarif réduit de l'Administration, s'est élevé à 2.777 fr. 40 pour l'atelier de *couture*, dirigé par Mme EHRMANN et à 1.019 fr. 70 pour l'atelier de *repassage* dirigé par Mme BARUET. Total 3.797 fr. 10.

Nous avions essayé de monter il y a quelques années un atelier de composition typographique, qui n'a pas réussi faute d'une véritable entente et surtout d'un crédit pour le maître. Nous aurions voulu avoir aussi un *atelier de brochage* dont l'organisation a rencontré malheureusement aussi des difficultés imprévues et surtout une petite *buanderie*. Pour celle-ci, d'une utilité incontestable, nous ne disposons malheureusement pas d'un local approprié. Cette lacune sera comblée en 1904, car le Conseil général vient d'approuver le projet de construction d'une petite *buanderie*.

Pour étendre les connaissances pratiques de nos malades, donner plus de variétés à leurs travaux de couture et de repassage, nous avons autorisé les sous-employées à faire repasser ou coudre une partie

(1) Si nous ne faisons pas apprendre la *cuisine* aux plus avancées de nos malades, c'est parce qu'il n'y a pas de cuisine à la Fondation, les aliments venant tout préparés de la cuisine de Bicêtre.

de leurs objets de toilette, bien entendu en dehors des heures régulières de travail. Le travail, de ce fait, ne rentre pas naturellement non plus dans les évaluations qui sont faites par l'Administration.

En plus des apprenties qui travaillent par séries régulières, 30 ont travaillé une heure par jour. 8 enfants savent faire complètement les layettes ; 15 du crochet et de la dentelle ; 4 savent faire de la tapisserie ; 2 savent tricoter. Le tableau suivant donne mois par mois le nombre des apprenties régulières et l'évaluation du travail.

MOIS.	NOMBRE D'APPRENTIES		VALEUR DE LA MAIN-D'ŒUVRE.	
	COUT.	REPASS.	COUTURE.	REPASSAGE.
Janvier	42	25	271 fr. 70	98 fr. 35
Février	40	25	256 50	62 05
Mars	45	30	153 »	43 50
Avril	50	35	208 20	48 70
Mai	50	30	205 90	62 55
Juin	45	36	214 70	94 35
Juillet	48	35	229 »	122 »
Août	45	34	209 30	93 80
Septembre	48	35	355 60	101 05
Octobre	40	40	211 50	88 70
Novembre	42	40	210 50	106 25
Décembre	45	40	271 50	98 40
Totaux			2.777 fr. 40	1.019 fr. 70
Total général			3.797 fr. 10	

Le tarif adopté, pour l'évaluation du travail des

enfants, a été le même depuis 1890 jusqu'à la fin de novembre 1902. Pour des raisons qu'on n'a pas cru devoir nous faire connaître, ce tarif est notablement abaissé depuis le 1er décembre 1902. Voici le tableau comparatif :

TARIF DU RACCOMMODAGE.	1890 à fin novembre 1903.	à partir du 1er déc. 1903.
Raccommodage d'un tablier	0 25	0 10
» » robe	0 50	0 20
» » jupon	0 25	0 10
» » pantalon	0 25	0 10
» » tricot	0 25	0 10
Confection d'un tablier	0 75	0 40
» » robe	3 »	2 »
» » pantalon	0 75	0 30
» » pélerine	1 25	» »
» » chapeau	0 25	» »

Visites, permissions de sorties, congés. — Les enfants ont reçu 3.738 visites; les *visiteurs* ont été au nombre de 5.741. Ces chiffres témoignent de la sollicitude des familles envers leurs malheureuses enfants. Il semble que, se rendant compte de la responsabilité héréditaire ou directe (alcoolisme) qui leur incombe, elles redoublent d'affection pour elles.

Permissions de sortie d'un jour	55
Congés de 2 jours	25
— 3 —	29
— 5 —	104
— 8 —	80
— 15 —	53
— 1 mois	2
Total	355

D'une façon générale, sauf quand il s'agit des *congés d'essai*, à fin de sortie, nous ne tenons pas à accorder des congés de plus de cinq jours, parce que le séjour des enfants dans leurs familles se prolongeant, il est moins facile de les faire rentrer et surtout parce qu'elles reprennent vite, chez elles, leurs anciennes habitudes; que, à leur retour, elles se plient moins bien à la discipline et travaillent avec moins d'ardeur (1). Nous avons demandé maintes fois, sans résultats à l'Administration de rappeler aux familles qu'elles ne doivent pas, dans l'intérêt même de leurs enfants, dépasser la durée des congés accordée.

La Commission de surveillance a visité la Fondation Vallée le 21 avril. La Commission du Conseil général n'a pas fait sa visite annuelle.

Promenades. — Elles ont lieu deux fois par semaine, soit dans les communes voisines, soit à Paris. Le nombre des enfants qui prennent part à ces promenades, avec *leçons de choses*, varie de 60 à 80.

Distractions. — Comme les années précédentes, et sans qu'il soit survenu des inconvénients de la présence simultanée à ces *réunions des enfants des deux sexes*, les petites filles de la Fondation Vallée ont participé en 1903, à toutes les *distractions* données aux garçons de Bicêtre et dont l'énumération figure dans le *Compte-rendu* de la section des garçons de cet établissement. Le *mardi-gras* et à la *mi-carême*

---

(1) Les permissions de sortie et les congés de 1 à 5 jours ont donné 740 journées qui sont payées 2 fr. 20 par le département à l'Assistance publique, soit un bénéfice de 1.628 fr.. Si l'on ajoute à ce chiffre celui du bénéfice du travail professionnel soit 3.797 fr.. on voit que nous réalisons à l'Administration un bénéfice de 5.425 fr. qui devrait amener l'Administration à se montrer plus libérale envers la Fondation et la doter progressivement de tout ce qui est nécessaire au traitement médico-pédagogique.

53 fillettes ont été déguisées. Elles ont pris part à la promenade dans les sections d'aliénés, dans les cours de l'hospice et ont dansé dans l'après-midi.

Améliorations diverses. — Mme Athénaïs Bohain, surveillante de 3e classe à l'infirmerie des enfants de Bicêtre a été promue surveillante en chef à la Fondation Vallée; Mlle Briot, infirmière a été nommée infirmière de classe exceptionnelle. — Au nombre des améliorations nous signalerons : réparations du treillage de la cour du gymnase, réfection de la peinture du réservoir qui alimente les bains et les douches; ravalement du pavillon de l'Infirmerie; lessivage des dortoirs du bâtiment neuf. Enfin, rappelons qu'en raison des modifications des heures de travail du personnel de jour et du personnel de nuit, introduites dans le nouveau règlement, il a été créé deux emplois nouveaux d'infirmières de jour.

Teigne. — Sept enfants ont été soignées pour la teigne au pavillon d'isolement de la section de Bicêtre. A la fin de l'année, il ne restait plus que 4 fillettes en traitement.

Maladies infectieuses. — Six fillettes ont été soignées au même pavillon pour la *varicelle*; douze pour la *rougeole:* l'enfant Bass.... y est décédée des suites de *broncho-pneumonie*. L'enfant Huy.... y a été également soignée pour un *érysipèle de la face.*

Maladies intercurrentes. — 14 enfants ont été soignées à l'infirmerie pour *bronchite;* 2 pour *broncho-pneumonie;* 1 pour *fracture du bras*; 9 pour *engelures;* 3 pour *stomatite;* 2 pour *douleurs rhumatismales*; 2 pour *chorée*; 6 pour *tuberculose*; 1 pour *contusion du front*; 8 pour *embarras gastrique ;* 40 pour *séries d'accès ;* 10 pour *abcès* ; 5 pour *conjonctivite* ; 2 pour

gourme; 4 pour *abcès froids*; 2 pour *pneumonie*; 1 pour *entorse*; 1 pour *angine*; 1 pour *zona*; 1 pour *congestion pulmonaire*; 3 pour *convulsions internes*; 1 pour *chute* du *rectum*; 4 pour *diarrhée*; 10 pour *migraines*; 1 pour une *éruption* mal caractérisée; 1 pour *jaunisse*.

Pour compléter ce qui a trait aux *maladies intercurentes* voici la statistique des tuberculeux existant dans le service que nous aurions dû plutôt placer dans la première partie, c'est-à-dire à Bicêtre :

		GARÇONS.	FILLES.
Tuberculose pulmonaire	fermée.....	21	21
	ouverte....	2	5
Autres tuberculoses....	fermées ...	3	3
	ouvertes ..	3	1
	Totaux....	29	30
		59	

Effectif	Garçons	129
	Filles	241

Glande thyroïde. — 19 enfants ont été soumises à la médicatien *thyroïdienne*: 6 *myxœdémateuses*: Lar.., Wath..., Kraém.., Gang.., Harb.., Tisse..; — 5 *mongoliennes* : Meun..., Le Bre..., Cott.., Jean..; 3 *obèses*: Lang..., Huss..., Jacq...; 6 *atteintes de nanisme*: Mott.., Delom.., Deses.., Moréa.., Neg., Fuch..

Vaccinations et Revaccinations. — Elles ont été au nombre de 10 sans succès. De même qu'à Bicêtre

nous revaccinons avec nos infirmières toutes les entrantes et toutes les malades qui sont à la Fondation depuis 5 ou 6 ans.

Bains et hydrothérapie. — Comme les années précédentes, nous avons eu recours dans une large mesure aux bains et aux douches. Chaque année nous assistons plusieurs fois à l'administration des douches afin de nous assurer que l'on continue à se conformer à nos leçons. Quant aux autres moyens de *traitement*, ils ont été les mêmes que dans notre section de Bicêtre. Signalons surtout les *leçons de choses*, soit en classe, soit dans les jardins et les promenades. Nous recommandons à notre personnel de veiller le plus possible à l'*hygiène sexuelle*, principalement pour les petites gâteuses et pour les filles pubères. Les enfants prennent leurs douches à la Fondation; ce n'est qu'en cas de réparations qu'elles les prennent à Bicêtre. Les *bains de pieds* ont été donnés à la Fondation où existe, ainsi que nous l'avons dit, une installation convenable. Voici la statistique des *bains et des douches* en 1903.

Bains simples	5.422
Bains salés	502
Bains amidonnés	253
Bains pris à Bicêtre	870
Total	7.047
Douches	38.635
Bains de pieds	3.395

Service dentaire. — Toutes les filles sont examinées au point de vue de leur dentition par le dentiste de Bicêtre, M. Dumont. Nous recommandons à notre personnel de surveiller avec soin la bouche des enfants, de nous signaler les lésions des lèvres, des gencives,

des dents, car elles peuvent être l'occasion de tics de la face; de nous montrer les enfants qui bavent, (massage des lèvres, électrisation), d'apprendre aux enfants à se gargariser, ce qui facilite notre tâche en cas d'angine. Mêmes recommandations pour l'évolution de la seconde dentition. C'est parce que nous connaissions les anomalies de la dentition chez les idiots (1) que nous avons demandé la nomination d'un dentiste à Bicêtre et à la Salpêtrière, en 1880 (2), création qui a été le point de départ de l'organisation du service dentaire des hôpitaux et des asiles.

*
* *

Du 1er novembre au 1er mai, en raison de la fréquence, chez nos malades, surtout les idiots, les imbéciles et les arriérées, des *accidents lymphatiques* et, dans une certaine mesure de la tuberculose, nous avons l'habitude de leur prescrire l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, le phosphate et le glycéro-phosphate de chaux, les bains salés. Du 1er avril au 1er novembre, quelquefois l'hiver quand le chauffage du service balnéo-hydrothérapique le permet les *douches froides*. C'est à ce traitement que nous, attribuons la guérison des manifestations lymphatiques, l'arrêt des accidents tuberculeux. Nul doute pour nous que si, chez les enfants et les adolescents menacés de tuberculose, ou au début on procédait de même, nonpas une année mais des années jusqu'à 18 ou 20 ans, on ne diminuerait beaucoup le développement de la tuberculose.

(1) Bourneville. — *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots*, 1863.
(2) Voir le *Compte-rendu* de 1880, p. XXVIII.

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1903, il restait à la Fondation Vallée 222 enfants se répartissant ainsi :

Idiotes et imbéciles	54
Epileptiques	166
Hystériques	2
Total	222

Sur ce nombre 85 étaient *gâteuses*; 2 atteintes de *surdi-mutité*; 3 présentaient du *mutisme volontaire*; 4 sont atteintes d'*hébéphrénie*; 9 avaient des *accès de colère* particulièrement violents; 20 étaient *paresseuses* d'une façon exceptionnelle; 20 étaient *menteuses*, à un degré vraiment pathologique; 3 étaient atteintes d'*écholalie*; 3 de *krouomanie*; 4 de *clastomanie*; 4 de *coprolalie*; 4 de *kleptomanie*; 1 d'*échokinésie*; 4 de *coprophagie*; 1 *déchirait ses ongles*; 24 étaient *onychophages*; 2 étaient *flaireuses*; 2 étaient *ruminantes*; 18 étaient *onanistes*; 6 offraient des *tics convulsifs de la face*; 8 du *balancement du tronc* avec *rotation de la tête*; 6 *idiotes* étaient *tourneuses*; 1 était *sauteuse*; 1 *grimpeuse*; 1 était atteinte d'*hémiparésie*; 7 de *paraplégie*; 20 d'*hémiplégie*; 1 était *athétosique*; 2 atteintes de *cyphose* et une était *choréique*.

Décès. — Les décès ont été au nombre de 6. Le tableau des pages CXXII, CXXIII, fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Les sorties ont été au nombre de 20; le tableau des pages cxxiv, cxxv, indique les motifs de la sortie, la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades et leur degré d'amélioration à leur sortie.

MOIS.	ENTRÉES	SORTIES.	DÉCÈS.	TRANS-FERTS.
Janvier	5	»	1	»
Février	5	1	»	1
Mars	5	»	1	»
Avril	4	3	1	»
Mai	3	2	»	3
Juin	7	4	1	2
Juillet	9	2	»	1
Août	1	»	1	2
Septembre	7	»	»	2
Octobre	6	»	»	3
Novembre	2	4	1	3
Décembre	3	4	»	»
Totaux	57	20	6	17

Évasions. — Comme les années précédentes nous n'avons pas eu d'évasions en 1903.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 17 ; 14 à Villejuif et 1 à Râne (Orne); 1 à Clermont (Oise); 1 à Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Population au 31 décembre. — Il restait à la Fondation, le 31 décembre 236 enfants, se décomposant ainsi :

Épileptiques	54
Hystériques	1
Idiotes ou imbéciles	181
Total	236

NOM	AGE	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Chour.........	2 ans 1/2.	Idiotie microcéphalique.	20 janvier.
Delap.........	18 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	7 mars.
Breg..........	17 ans.	Imbécillité. Type mongolien.	3 avril.
Fro...........	5 ans 1/2.	Idiotie. Hydrocéphalie.	2 juin.
Sard..........	4 ans.	Idiotie.	13 août.
Bos...........	3 ans 1/2	Idiotie profonde.	27 novemb.

Sur ce nombre 75 sont *gâteuses*; 10 ont de l'*incontinence d'urine*; 5 atteintes de *surdi-mutité*; 5 de *cécité;* 4 présentent du *mutisme volontaire*; 10 ont des *accès de colère*; 20 sont *turbulentes*; 15 sont *menteuses* à un *degré* vraiment *pathologique;* 3 sont atteintes d'*écholalie*; 4 de *dacnomanie;* 2 d'*échokinésie*; 2 de *krouomanie*; 4 de *coprolalie*; 3 de *kleptomanie*; 9 de *zoophobie;* 7 de *canophobie*; 23 sont *onycophages*; 20 sont *onanistes;* 6 sont *flaireuses*; 2 *ruminantes*; 1 *goîtreuse*; 5 sont atteintes d'*impulsions génitales* anormales; 3 offrent des *tics convulsifs*

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie.	Opposition à l'autopsie.
Congestion pulmonaire.	Os du crâne assez durs; pas de synostose. — Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux. Congestion pulmonaire.
Pleurésie purulente ancienne. Pneumonie gauche.	Os du crâne minces, peu durs; pas de synostose Anomalie des capsules surrénales. — Pleurésie purulente ancienne, pnenmonie gauche.
Convulsions.	Crâne de forme trigone; os durs, épais, pas de synostose. Méningo-encéphalite disséminée. Ancmalie des bandelettes optiques. — Persistance du thymus. — Convulsions.
Cachexie.	Os du crâne assez durs; pas de synostose. Vascularisation intense de la pie-mère. — Méningo-encéphalite. — Persistance du thymus. — Alteration du cœcum et du gros intestin. — Cachexie.
Septicémie.	Os du crâne assez durs; peu épais. Synostose presque complète de la suture sagittale. — Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux. — Persistance du trou de Botal. — Septicémie.

de la face; 5 du *balancement du tronc*; 2 du *balancement* avec *rotation* de *la tête*; 1 est *sauteuse*; 1 est *grimpeuse*; 2 sont atteintes d'*hémiparésie ;* 13 de *paraplégie*; 12 d'*hémiplégie*; 4 ont des *pieds-bots*; 1 est *athétosique*; 2 *choréiques;* 6 sont *baveuses*; 6 sont *microcéphales* à un degré prononcé *;* 5 sont *hydrocéphales*; 3 *scaphocéphales*; 1 *acrocéphale*; 6 sont *myxœdémateuses*; 9 sont *obèses*; 5 sont *mongoliennes*; 3 ont du *nystagmus*; 13 ont du *nanisme*; 5 sont atteintes de *luxation congénitale de la hanche*; 1 est atteinte de *coxalgie* ; 7 ont de la *scoliose*.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	CAUSE DE LA SORTIE.
Jéh	5 ans.	Idiotie, hydrocéphalie.	Transférée à Rânes (Orne), le 13 février. Même état.,
Blumenst	4 ans.	Idiotie mongolienne.	Rendue à sa famille qui la réclame, le 25 février. Même état.
Rond	12 ans.	Imbécillité morale, perversions instinctives.	Rendue à sa famille qui la réclame, le 4 avril. Amélioratton notable.
Les	15 ans.	Imbécillité; accès de colère.	Rendue à sa famille qui la réclame, le 4 avril. Amélioration très notable.
Dun	18 ans.	Imbécillité légère.	Enfant assistée, notablement améliorée passée infirmière à Bicêtre (5e 4e); le 29 avril.
Viga	15 ans.	Coprolalie, tics multiples.	Rendue à sa famille le 14 mai. Très améliorée.
Urru	18 ans.	Imbécillité, épilepsie.	Transférée à Villejuif le 16 mai. Même état.
Lam	18 ans.	Imbécillité, épilepsie.	Transférée à Villejuif le 16 mai. Même état.
Montil	18 ans.	Imbécillité morale, perversions instinctives.	Transférée à Villejuif le 16 mai. Amélioration notable.
Lev	15 ans.	Imbécillité, chorée.	Rendue à sa famille qui la réclame le 28 mai. Amélioration.

La	16 ans.	Imbécillité, perversions instinctives.	Rendue à sa famille qui la réclame le 4 juin. Amélioration notable.
Pelle	21 ans.	Imbécillité prononcée, obésité, nanisme.	En congé, non rentrée, défalquée le 7 juin. Même état.
Sant	16 ans.	Imbécillité, incontinence d'urine.	Rendue à sa famille qui la réclame le 10 juin. Amélioration.
Aud	21 ans.	Imbécillité prononcée, obésité, nanisme.	Transférée à Villejuif le 17 juin. Même état.
Grémil..............	19 ans.	Imbécillité, nanisme, hémiplégie.	Transférée à Villejuif le 17 juin. Amélioration légère.
Fer	8 ans.	Idiotie profonde.	Rendue à sa famille qui la réclame le 19 juin. Même état.
Espinas	18 ans.	Imbécillité prononcée, coprolalie, impulsions violentes.	Transférée à Villejuif le 6 juillet. Aggravation.
Kallemb............	16 ans.	Imbécillité, épilepsie.	Rendue à sa famille qui la réclame le 15 juillet. Amélioration.
Lecal	16 ans.	Imbécillité, perversions instinctives.	Rendue à sa famille qui la réclame le 25 juillet. Amélioration.
Mout	11 ans.	Idiotie profonde.	Transférée à Maréville le 14 août. Amélioration légère.
Bottar	6 ans.	Idiotie profonde.	Transférée à Clermont (Oise) le 24 août. Même état.
Le Mév	18 ans.	Imbécillité, hémiplégie.	Transférée à Villejuif, le 2 septembre. Amélioration.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	CAUSE DE LA SORTIE.
Oliv................	18 ans.	Idiotie, cécité, gâtisme.	Transférée à Villejuif le 2 septembre. Même état
Laverd............	19 ans.	Imbécillité, hémiplégie.	Transférée à Villejuif le 24 septembre Amélioration légère.
Georgeon	19 ans	Imbécillité, incontinence d'urine.	Transférée à Villejuif le 24 octobre Amélioration.
Lesin	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif le 24 octobre Même état.
Girar...............	15 ans.	Epilepsie, irritabilité.	Rendue à sa famille qui la réclame le 4 novembre. Amélioration.
Sau.................	16 ans.	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille qui la réclame le 6 novembre. Amélioration légère.
Noë.................	16 ans.	Imbécillité morale, impulsions génitales.	Rendue à sa famille qui la réclame le 18 novembre. Très améliorée.
Are	18 ans.	Imbécillité, tics convulsifs de la face.	Transférée à Villejuif le 26 novembre Amélioration.
Poir................	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif le 26 novembre Amélioration légère.
Marg...............	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif le 26 novembre Même état.

Gud................	12 ans.	Imbécillité, épilepsie.	Rendue à sa mère qui la réclame le 27 novembre. Amélioration notable.
Delb	6 ans.	Arriération intellectuelle.	Rendue à sa famille qui la réclame le 4 décembre. Amélioration.
Sourd................	17 ans.	Épilepsie.	Rendue à sa famille qui la réclame le 19 novembre. Amélioration.
Munho	11 ans.	Épilepsie.	Rendue à sa famille qui la réclame le 29 novembre. Amélioration.
Card................	5 ans.	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille qui la réclame le 29 novembre. Amélioration

Personnel. — Il a été composé en 1903 d'un médecin, d'une interne titulaire, Mlle Reine MAUGERET, d'une surveillante étoilée, Mme Athénaïs BOHAIN ; de 3 surveillantes de 3e classe, Mmes EHRMANN, CROIZELLE, LAPEYRE, d'une surveillante de 5e classe, Mme QUATRE, 3 infirmières de classe exceptionnelle, Mmes BRIOT, BARUET, BILLOT-MOREL, d'un infirmier-portier, M. PIÉDERRIÈRE remplaçant M. CROIZELLE décédé ; d'un infirmier M. SORIEUL, de 12 infirmières de jour et 8 de nuit. Total du *personnel secondaire*, 30.

*
* *

Les résultats obtenus encore cette année à la Fondation Vallée sont à dignes des plus grands éloges. C'est au personnel, et en premier lieu à Mme Athénaïs BOHAIN, à Mlle LAPEYRE et à leurs dévouées collaboratrices, citées plus haut, que nous les devons. Nous sommes heureux de les signaler à l'attention de l'Administration. Le fonctionnement aussi

parfait que possible et *très économique* de la Fondation Vallée montre les avantages incontestables des établissements dont la population est limitée et dont il est possible de confier la direction à une surveillante. La Fondation Vallée peut servir de modèle aux administrations départementales qui voudraient construire des asiles-écoles.

*
* *

FONDATION VALLÉE. — AMÉNAGEMENT D'UN DORTOIR.

M. BERTHELOT, rapporteur. — Nous vous proposons, au nom de la 3e commission, d'accorder le crédit demandé pour la transformation en dortoirs des locaux précédemment affectés aux classes de la Fondation Vallée, étant bien entendu que les lits du nouveau dortoir seront intégralement affectés aux enfants idiots actuellement installés à l'asile de Villejuif.

Il s'agit donc de dégager à Villejuif ces lits qui devront être donnés aux aliénés, et nullement d'augmenter le nombre, déjà TROP CONSIDÉRABLE, *des enfants idiots à la charge du Département.*

C'est sous ces réserves *expresses* que nous acceptons cette dépense Adopté (1897 : 308).

Nous reproduisons cette délibération, qui montre que le Conseil municipal de 1897, contrairement à ses prédécesseurs, trouvait que l'assistance des enfants idiots était déjà *trop développée*, sans tenir compte du *nombre* et des *besoins* de cette catégorie de malades et d'infirmes. La vérité c'est que les lits qui leur sont affectées sont insuffisants.

Notes additionnelles.

Traitement médico-pédagogique. — Dans certains cas de troubles intellectuels, d'excitation, d'hébétude, survenant chez les enfants idiots et épileptiques, il y a nécessité de suspendre complétement les exercices scolaires, le travail manuel, la gymnastique, etc. D'autres fois ils peuvent être continués, mais diminués dans une proportion variable. Par exemple, au lieu de faire faire aux enfants des exercices de gymnastique prolongés, comme à leurs camarades, il convient d'en raccourcir la durée, d'en supprimer même quelques-uns, sans qu'il soit utile d'en donner la raison aux malades eux-mêmes. C'est pourquoi il faut que les auxiliaires du médecin, dont le rôle dans les asiles-écoles doit être prépondérant, *puisqu'il s'agit de malades*, soient bien au courant de l'état mental des enfants. C'est pourquoi aussi nous avons insisté sur la nécessité de leur faire suivre les cours des écoles d'infirmières et de leur faire accomplir un stage, comme infirmiers, dans les services d'aliénés. Dans un établissement hospitalier tout le monde devrait être, aumoins, *secouriste* ou mieux *infirmier* ou *infirmière* diplômé.

Obligations des instituteurs. — Les surveillantes institutrices, les instituteurs doivent lire les certificats médicaux qui accompagnent les enfants à l'entrée pour en vérifier les dires. Ils doivent lire la partie de nos observations concernant les antécédents, surtout les antécédents personnels, et nous faire part de leurs remarques, quand ils établissent leurs notes pour le certificat de quinzaine et les certificats semestriels.

Direction des classes. — A la *petite école*, Mlle Bl. Agnus a la direction de toutes les classes. C'est elle qui transmet nos instructions à ses auxiliaires : elle a la surveillance générale.

Pendant longtemps, il en était de même à la grande école. Le plus ancien des instituteurs, M. Boutiller, avait

la haute direction des classes. Après son départ, nous avons demandé que cette direction fut confiée à M. Mesnard, qui était devenu le plus ancien. Par suite de circonstances peu utiles à rappeler, notre réclamation à cet effet est demeurée sans solution. Aussi n'avons-nous pas à la grande école tous les résultats que nous pourrions obtenir, au détriment des enfants.

Enseignement de l'histoire et de la géographie. — Nous rappellerons la méthode que nous avons adoptée depuis bien longtemps pour l'enseignement de ces deux sciences aux enfants les plus malades, déjà améliorés.

Pour l'*histoire*, nous avons fait imprimer la *chronologie* du dernier siècle en partant de l'époque actuelle : République française, M. Loubet, président, ..., à 1899; Félix Faure, 1899 à 1895, etc, et nous remontons jusqu'au Consulat.

Aux enfants les plus avancés, nous faisons faire des *dictées* : 1° sur la section ; 2° sur l'hospice ; 3° sur la commune etc. (1), sans compter les dictées concernant les accidents dus à l'imprudence d'enfants, qui nous servent à leur donner des conseils pratiques.

Pour la *géographie* : Plan des classes ; plan de la section ; plan de l'hospice ; plan de la commune ; plan du canton ; plan du département, etc.

Conférences. — Nous avons dit que tous les jeudis l'un de nos instituteurs faisait aux enfants les moins malades une *conférence* avec *projections*. Ces conférences portent sur les grands événements du jour, par exemple sur la Martinique et les volcans à propos de l'éruption du Mont Pelé, — sur le Japon, la Corée, la Mandchourie, à l'occasion de la guerre russo-japonaise, — ou sur des sujets pratiques variés. — Exemples : le sel, le charbon, le sucre, les monuments de Paris, la Tunisie, etc.

---

(1) Dans les écoles primaires de Paris, les instituteurs pourraient procéder de même en faisant des dictées sur les monuments, les noms des rues du quartier, puis de l'arrondissement.

Section III. — **Assistance et enseignement.**

I.

Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés;

Par BOURNEVILLE et J. BOYER (1).

La *parole* étant une fonction très complexe exigeant pour répondre à son but le concours de plusieurs organes préalablement exercés, nous n'étonnerons personne en disant que, de toutes les fonctions, c'est celle qui présente chez l'idiot les troubles les plus nombreux comme les plus profonds. Elle est avant tout un art d'imitation né, pour ainsi dire, de ce besoin instinctif qui poussa les premiers hommes à se constituer en société. Sous l'influence de la civilisation, cet art a suivi le progrès intellectuel, et de simple et naturelle qu'elle était au début, la parole est devenue de plus en plus conventionnelle et compliquée. Comment un idiot, qui, comme son nom l'indique, a horreur de toute société, comment l'idiot pourrait-il être maître de cet art, lui qui peut à peine, lorsqu'il le peut, guider un organe dans l'accomplisement de la plus naturelle de ses fonctions? Comment pourrait-il imiter et comprendre ses modulations aussi complexes que variées, lui dont l'intelligence n'est pas suffisante pour diriger les instincts, et dont l'attention est dfficile ou même impossible pour ceux qui ne se sont jamais occupés du traitement de ces enfants et qui sourient dédaigneusement lorsqu'on émet devant eux la possibilité de les faire parler?

---

(1) Ce travail a paru dans les *Archives de neurologie*, en 1895, n° 102, p. 108.

Nous étudierons d'abord les idiots qui ne parlent pas, nous nous occuperons ensuite de ceux qui parlent mal.

*
* *

Idiots qui ne parlent pas. — Les idiots qui ne parlent pas sont très nombreux. S'enferment-ils dans le mutisme le plus complet, parce que, comme dit Itard, n'ayant aucune idée, ils n'ont rien à dire ; ou bien est-ce, comme le dit Séguin, parce qu'ils ne savent pas se servir de leurs organes ? Il y a du vrai dans ces deux raisons, on pourrait même dire que c'est pour ces deux raisons que nos malades ne parlent pas. En éffet, si les idiots sont muets n'est-ce pas parce qu'ils n'ont pas d'idées, et s'ils n'ont pas d'idées n'est-ce pas parce que n'étant pas maitres de leur organes, ils n'ont pu en acquérir et les emmagasiner dans leur souvenir faute de mots pour les représenter ? Que si les muets intelligents ont des idées sans parole, n'est-ce pas parce qu'ils ont à la place de ces signes oraux, pour ainsi dire, d'autres signes visibles qui en tiennent lieu ? Du reste cette question, à reprendre au point de vue clinique et physiologique, est toute secondaire, pour le but qui nous occupe. Les idiots ne parlent pas, comment peut-on faire pour provoquer en eux l'émission d'un son articulé, voilà, aujourd'hui, la question importante.

Avant d'aborder la pratique, il est nécessaire d'établir une distinction. Il va de soi que si les lésions qui ont occasionné l'idiotie ont détruit plus ou moins complètement les circonvolutions qui président à la fonction du langage les moyens thérapeutiques et pédagogiques demeurent stériles, mais, et c'est la grande majorité des cas, chez les idiots qui ne parlent pas, ces lésions localisées n'existent pas, sauf chez certains enfants atteints d'hémiplégie droite et c'est présisément pour cela, qu'il est possible d'arriver à créer en quelque sorte et à développer la faculté du langage.

Pour apprendre à parler, il faut d'abord savoir écouter, d'où nécessité de s'assurer de l'intégrité de l'organe de l'ouïe, et d'en faire ensuite l'éducation. *L'attention auditive*, c'est par là que nous débuterons. Si l'enfant n'est

pas atteint de surdité complète (1) nous essaierons de faire entrer en exercice l'organe de l'ouïe, de le développer afin de l'amener insensiblement à la perception de la voix. Un jeu de timbres ou de sonnettes, comprenant les huit notes de l'octave, rendra beaucoup de services dans ce cas. Nous prendrons d'abord le timbre qui nous donne la note la plus grave et, nous plaçant à une certaine distance de notre élève, derrière lui de préférence, nous frapperons sur le timbre au moment où le silence ménagé (2) dans la classe sera le plus complet.

L'enfant tressaille aussitôt sans se rendre compte de ce qu'il éprouve. Répétons l'expérience, et l'enfant redresse la tête, et quelquefois même cherche l'endroit d'où vient ce bruit qu'il ne s'explique pas. Progressivement, on s'éloignera et on arrivera ainsi avec beaucoup de patience à faire percevoir un son de plus en plus éloigné. Répétant ce qu'Itard a fait pour le sauvage de l'Aveyron, nous pourrons passer des sons graves aux sons aigus, de la cloche à la flûte en passant par le piano et l'harmonium, de la flûte à la voix humaine.

Comme on courrait le risque de tomber dans la monotonie, on peut et on doit en même temps s'occuper de provoquer l'*attention visuelle*. Se plaçant en face de l'enfant, de façon à avoir le corps bien éclairé, on tâche d'attirer l'attention de l'idiot en le poursuivant d'un regard tenace et en le forçant, pour ainsi dire, à avoir toujours le visage tourné de notre côté. On tâche d'attirer son attention sur les changements que l'on fait subir à la face, que ce soit des flexions de la tête, ou même des grimaces.

Tout en s'occupant de l'*ouïe* et de la *vue*, on fera faire à l'élève des *exercices d'imitation*. C'est encore là un moyen de varier le travail et de prévenir la lassitude chez le sujet. Ces exercices d'imitation porteront d'abord sur les

---

(1) Les cas de ce genre sont relativement rares, souvent on nous envoie des idiots réputés sourds et muets et chez lesquels l'audition est constatée quand on la recherche avec soin.

(2) Dans ces sortes d'exercices le maître doit *toujours* être seul avec son élève.

membres supérieurs. On élève et on abaisse simultanément les bras, et afin que le maitre n'ait pas à quitter sa position pour aider à rectifier les mouvements de l'enfant, il est bon qu'une deuxième personne, placée derrière l'idiot, le guide dans l'exécution de ces mouvements. Des mouvements des bras, on passera aux mouvements de la tète et on procédera de la même façon. Puis, on fera exécuter les mouvements du visage : ouvrir et fermer la bouche, tirer la langue, rapprocher et éloigner les commissures des lèvres. On pourra avec quelque avantage exécuter et faire exécuter ces divers exercices préliminaires devant une glace, afin que l'enfant juge par lui-même de la faiblesse de son imitation et puisse la rectifier, comme cela se pratique à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

Lorque l'enfant sera arrivé à imiter d'une manière aussi parfaite que possible, on s'occupera de l'émission d'un son. Par quoi commencerons-nous? Sera-ce par les voyelles comme avec les sourds-muets, sera-ce par les consonnes comme le recommande Séguin. Nous suivrons notre maitre à tous, Séguin, et avec lui nous dirons que l'enfant normal, débutant par les syllabes simples composées d'une consonne et d'une voyelle, il n'y a pas de raison pour que nous changions avec les enfants anormaux la marche indiquée par la nature elle-même.

Les labiales (*b*, *p*, *f*,) paraissent tout indiquées pour commencer la série, leur émission étant, pour ainsi dire, plus visible et plus extérieure sera par conséquent plus facilement imitable. Cependant ici, comme ailleurs, les *contrastes* peuvent être d'un grand secours, et nous nous sommes souvent bien trouvé en suivant l'ordre suivant :

p.	*t.*	*k.*	*v.*	*z.*	*j.*
f.	*s.*	*ch.*	*l.*	*r.*	
b.	*d.*	*g.*	*m.*	*n.*	

car on procéde ainsi par entrainement, le son *p* préparant le son *t*, etc.

Les syllabes répétées étant plus faciles à prononcer

qu'une syllabe isolée, nous apprenons d'abord à l'enfant des redoublements, tels que *papa*, *toto*, *caca*, etc.

Pour la marche à suivre, nous renvoyons au tableau d'articulation de M. Goguillot, retouché à beaucoup d'endroits pour l'approprier à la catégorie spéciale des enfants auxquels nous nous adressons. Il ne faudrait pas croire cependant que l'on puisse toujours suivre d'une façon rigoureuse la marche que nous indiquons.

Un certain nombre d'idiots arrivent d'une façon plus ou moins parfaite à imiter nos gestes et nos grimaces, mais resteront muets, ou bien ils prononceront un certain nombre de sons incompréhensibles et n'ayant aucun rapport avec ceux qu'on a essayé de provoquer. Il faudra alors faire un inventaire précis de ces sons, tâcher de les classer et de se servir d'eux comme point de départ pour provoquer ceux qui manquent et qu'on pourra obtenir par entraînement. Il serait naïf de suivre à la lettre une méthode quelconque, ce qu'il faut avant tout faire, c'est se servir des circonstances et des aptitudes partculières que peuvent présenter les sujets.

Quand les enfants prononcent quelques mots comme *papa*, *maman*, *dodo*, etc., il faut leur apprendre les combinaisons des consonnes *p*, *m*, *d*, etc., avec les voyelles, puis passer aux autres consonnes qu'ils ne savent pas prononcer.

Certains s'étonnent que les enfants idiots auxquels on essaie d'apprendre à parler arrivent avec tant de peine à prononcer les syllabes simples ou répétées, comme *papa*, *maman*, *dodo*, etc., prononcent de préférence les mots grossiers, qu'ils ne comprement pas d'ailleurs. De ce fait, on peut donner l'explication suivante. Ces mots grossiers, ils les entendent prononcer avec énergie, avec colère, et cela déjà les frappe. De plus, comme on les gronde avec vivacité, quand ils prononcent ces mots, leur attention, quelque faible qu'elle soit, est encore attirée sur eux. Les jeunes filles les mieux élevées, les plus réservées, si elles ont du délire au cours d'une affection aiguë ou d'une psychosé, prononcent, elles aussi, des mots grossiers, impudiques : dans l'état normal, elles ont la retenue que n'a pas l'*idiot*.

Nous aurions suivi la marche indiquée avec Julie L.... Marguerite A..., nous n'aurions obtenu aucun résultat. Ces deux idiotes aimaient beaucoup entendre chanter. De plus, elles retenaient à merveille les airs qu'elles entendaient. Nous nous servîmes de leurs goûts. Au moyen de rondes au rythme facile, qu'elles aimaient à danser avec nous, nous parvînmes à leur faire répéter non pas seulement l'air, mais encore les paroles, ce qui avait pour nous un autre intérêt. Nous leur apprîmes ainsi une foule de mots qu'elles dirent d'abord au hasard, et qui finirent par être placés fort à propos. Et de ces deux enfants, la première ne disait que *papa*, *maman*, sans en comprendre le sens, la seconde n'avait encore émis aucun son.

Une fois le premier mot obtenu, la voie est ouverte, il ne faudra plus qu'une patience persévérante, pour augmenter le vocabulaire de l'enfant. Faisant asseoir devant nous le malade dont nous nous occupons, et chez lequel nous avons pu obtenir un certain degré d'attention, nous lui montrons un objet usuel, son *chapeau* par exemple, et en considérant l'objet avec intérêt, nous répétons sans cesse le mot qui sert à le désigner. Si c'est un enfant qui aime la promenade, ce sera surtout au moment de sortir, au moment de l'habiller, que nous ferons cet exercice. Le désir de sortir sera un stimulant de plus pour provoquer la parole. On se butte souvent à une obstination aussi bizarre qu'insurmontable. L'enfant sait et peut dire un mot puisqu'on a réussi à le lui faire dire déjà, et par entêtement il refuse quelquefois de le répéter. Bien plus, nous avons souvent aperçu sur les lèvres de l'idiot un véritable sourire moqueur, qui semblait prouver chez lui le désir de taquiner son maitre. C'est alors qu'il ne faut pas céder. « Vous ne voulez pas dire *chapeau*, nous ne sortirons pas. » Si la menace est suivie d'exécution et si le lendemain le même fait se reproduisant, on fait preuve de la même énergie, l'enfant finira par céder et par répéter le mot. Aussitôt il est bon de prodiguer des caresses à l'enfant, de lui manifester le contentement qu'on éprouve, mais il faut bien se garder de dire, comme font certaines personnes : « Ah ! il a cédé ; c'est bien fait ! » L'idiot est souvent très suscep-

tible, il comprendra la plupart du temps que l'on se moque de lui et on risque de le repousser dans l'inactivité, dont on a eu tant de peine à le tirer.

Il serait inutile de chercher à corriger de suite les défauts de prononciation ou les fautes d'imitation que peuvent présenter les premiers mots de l'idiot. L'essentiel c'est de s'assurer si tel mot bien ou mal prononcé correspond exactement à l'idée que nous avons voulu provoquer. Petit à petit, à force d'entendre le mot l'enfant le corrigera de lui-même à mesure que se développera en lui la puissance d'imitation.

Nous plaçons dans la même catégorie d'idiots ne parlant pas ceux qui ont à leur disposition un certain nombre de syllabes, dont le sens échappe aux personnes qui n'ont pas l'habitude de vivre avec eux. Du reste, le nombre de ces syllabes étant très restreint, on ne peut pas les considérer comme constituant un vocabulaire. Ces malades formeront, si l'on veut, la transition entre ceux qui, ne parlent pas, et ceux qui parlent mal.

Edmond B... appartient à cette catégorie. Il dit *papapa*, *mamama*, *gaga* (gâteau, et en général tout ce qui se mange), *apia* (papier qu'il aime beaucoup à déchirer), *coucou*, (boule d'eau chaude que l'on place dans son berceau). et puis c'est tout ; soit au total cinq vocables. Nous ne chercherons pas tout d'abord à modifier ces signes vocaux, plus ou moins altérés ; au contraire nous nousen servirons pour désigner les mêmes objets ou les mêmes personnes que lui, nous les répéterons sans cesse, mais toujours à propos, pour montrer à l'enfant que nous les comprenons, et pour établir entre lui et nous un moyen de communication. Respectant les mots qu'il a pour ainsi dire lui-même acquis, nous les accepterons tels qu'ils sont et nous ne chercherons qu'à en provoquer de nouveaux, en suivant la méthode indiquée plus haut. Par ce procédé et en quelques mois, Edmond B... a appris à dire à *boi* à boire), *ava* (au revoir), *caca* (quand il veut aller au siège), *coco* (quand il demande un œuf), et certainement là ne s'arrêteront pas les progrès de la parole chez cet enfant.

Séguin a fait remarguer avec raison nous le redisons que

l'idiot, comme l'enfant en général, a une plus grande facilité pour prononcer les syllabes redoublées, que les syllabes isolées. Quand il reproduit un refrain quelconque, dont il est incapable de redire les paroles, c'est une suite de syllabes redoublées qu'il fait entendre, le plus souvent *la la la*. Nous basant sur cette observation, il nous est souvent arrivé de désigner un animal sous la forme d'un redoublement rappelant le plus possible le cri de l'animal. L'enfant répétait après nous sans tarder, surtout s'il avait entendu lui même crier l'animal. *Oua-oua* voulait dire chien, *bê bê* voulait dire mouton, *mama* voulait dire vache, *cot-cot*, poule, etc. Du reste n'est-ce pas là le langage primitif, et nos ancêtres désignaient-ils autrement les animaux dont ils voulaient parler ? A mesure que les progrès s'effectueront, que l'enfant s'habituera à répéter les sons émis devant lui, il ne lui sera pas aussi difficile qu'on le croirait de substituer au nom provisoire le nom définitif ; c'est du reste ce que l'expérience nous a plusieurs fois prouvé. Est-il nécessaire de nous appesantir sur les difficultés en présence desquelles se trouverait celui qui voudrait faire prononcer à l'idiot, sans exercice préalable, *chien*, *vache*, *brebis*, ou tout autre mot composé de syllabes les unes plus complexes que les autres, et que l'enfant normal lui-même a tant de peine à acquérir ?

Si l'on se reporte au *cahier d'articulation* que nous avons établi on remarquera qu'après chaque leçon nous avons placé une sorte d'exercice pratique dans lequel se trouve des noms uniquement composés des sons qui ont fait l'objet de la leçon. Si l'on a le soin de montrer à l'enfant l'objet, dont on lui fait énoncer le nom, non seulement notre élève apprend à parler mais encore il s'habitue à n'employer que des mots dont il connaît le sens (1). Ce sera

(1) Un autre exercice que nous croyons utile de signaler ici, bien qu'il ne puisse être employé que plus tard, consiste à présenter à l'enfant la représentation imprimée du nom qu'il prononce à côté de l'objet exprimé par ce nom, et à le lui faire reconnaître et répéter en dehors de l'objet. Cet exercice a l'avantage de familiariser l'enfant avec les signes de l'alphabet et de le préparer à la lecture proprement dite. (Voir p. XX, XXIV, XXXII, XXXVIII).

au maitre de s'ingénier à amuser l'élève de manière à maintenir son attention.

Donnons un exemple. Henri D... ne parlait pas ; il disait à peine et rarement à propos *papa*, *mama*, *mossau* (?), *boulou* (?), *messi* (merci). En le soumettant à la méthode dont nous venons de parler, il est arrivé à prononcer le mot *bouton*. Nous lui avions souvent montré l'objet en en prononçant le nom, et nous avions réussi à le lui faire dire. Pour bien nous assurer qu'il comprenait bien le sens du mot, nous le faisions jouer avec des boutons, nous lui en faisions chercher, et dès qu'il nous en apportait un, nous lui demandions : « Qu'est-ce que c'est ? Il répondait aussitôt : *bouton*, en souriant, et dès qu'en promenade il en rencontrait un à terre, il nous l'apportait en le nommant. Ce n'est pas là le langage du perroquet.

Nous passerons ainsi en revue tous les personnes, tous les animaux même qui entourent quotidiennement l'enfant. C'est par le nom des diverses *parties de son corps* que nous commencerons, c'est-à-dire par ce qui est en contact le plus immédiat avec notre élève. L'enfant est d'abord habitué à désigner, sur ordre, telle ou telle partie de son corps ; on guide d'abord sa main et on ne tarde pas à s'apercevoir que son bras est de plus en plus docile, et qu'un jour même il n'a besoin d'aucune direction pour montrer le nez, les yeux ou la bouche. Après quelques semaines de cet exercice l'enfant non seulement comprend le sens de ces divers noms, mais encore les répète avec nous.

Après les parties du corps, nous nommerons les *vêtements*, apres les vétements, les objets qui servent, tels que le couvert, la boisson qu'il préfère, le mets dont il est friand. Puis ses jouets et parmi ces derniers, les divers animaux qu'il peut aimer à caresser, enfin le nom des personnes qui l'entourent, surtout de celles pour lesquelles il parait avoir une préférence marquée. Cet ordre là est-il rigoureux ? Est-il besoin de dire, que c'est l'idiot lui-même qui devra nous diriger, et qu'on devra chercher à

lui apprendre d'abord le nom de ce qui parait l'intéresser avant de s'occuper de ce qui lui est indifférent.

Jusqu'ici nous n'avons fait acquérir que des *noms*, et même des noms concrets, nous allons maintenant essayer des *adjectifs*, c'est-à-dire des abstractions. Nous suivrons la même méthode que nous venons d'indiquer. Louis B..., aime les chevaux, et le seul mot qu'il ait encore pu prononcer est *dada*. Il aime tirer à lui un cheval à roulette, manier un fouet, c'est sur ces objets que nous maintiendrons son attention. Nous lui ferons voir, toucher, porter, trainer successivement un grand et un petit *dada*, et nous lui enseignerons à présenter ou à montrer le plus grand et le plus petit. Comme c'est en jouant que se font ces divers exercices, l'enfant ne tarde pas à faire la différence en attendant qu'il applique lui-même le mot nouveau. — Avec une petite fille, les poupées sont d'un grand secours. — Avec tel autre enfant, amateur de bruit, les sonnettes nous servent d'instruments. Nous avons eu à nous servir de ballons, de cerceaux, de fleurs, de tambours, de robinets même, etc. C'est toujours l'enfant qui nous a guidé dans le choix.

C'est ainsi que nous apprenons le nom des *couleurs*, des *formes*, des *odeurs* (bon, mauvais), que nous donnons la *notion de poids* (léger, lourd), toujours en ayant soin de procéder par contraste en choisissant les extrêmes, afin de mieux faire la distinction. Ces exercices que nous signalons se retrouvent dans l'éducation de la vue, du toucher, etc., mais est-il possible de n'exercer qu'un organe à la fois, et les diverses fonctions ne sont-elles pas tellement solidaires qu'on ne peut en exercer une sans en mettre une autre en mouvement?

Bien que cela paraisse prétentieux, après l'adjectif, nous passons au *verbe*. Il n'est pas ici question de conjugaison, pas plus que de règles et d'exceptions. Notre ambition se borne aux verbes qui expriment la manière d'être des objets que notre élève connaît déjà. Ni temps, ni mode, l'infinitif, cela nous suffit. *Cerceau rouler*, *poupée tomber*, *soupe brûler*, *Julie manger*, voilà les phrases que nous

tâchons de provoquer, phrases qui se compliquent quelquefois d'un adjectif comme *dada noir partir*, etc. Lorsque l'enfant en est arrivé là, ne peut-il pas se faire comprendre, exprimer ses besoins, en un mot communiquer avec ceux qui l'entourent.

Il existe un certain nombre d'idiots qui semblent ne pouvoir aller plus loin au point de vue de la parole. Ils continuent à acquérir de nouveaux mots, et cela par le seul commerce avec leurs semblables, mais ils paraissent ne pouvoir construire une phrase si courte soit-elle; et la syntaxe qu'ils emploient a beaucoup de rapport avec celle des sourds-muets parlants. Ils énoncent leurs idées par ordre d'importance, et dans leur langage, ils font des inversions qui déroutent. ils ne demanderont pas : Est-ce que je sortirai samedi ? Mais : *sortir André Samedi?* — Il est évident que dans cet exemple c'est l'idée de sortir qui est la plus importante, aussi sera-t-elle énoncée la première, après vient le nom de la personne, idée pour ainsi dire secondaire, car l'idiot ne peut que parler de lui-même et enfin le temps, qui est aussi quelque chose d'accessoire, puisque ce qu'il importe le plus de savoir pour André, c'est s'il sortira ou non. On pourrait citer mille exemples semblables.

Le moyen de corriger cette façon de parler exige encore des exercices spéciaux. Il faudra faire répéter à l'enfant à chaque instant du jour les phrases usuelles qu'il a l'occasion de dire à tout moment : faisons même semblant de ne pas le comprendre s'il persiste à les mal donner, et nous arriverons, en peu de temps, à de grands changements.

*
* *

Idiots qui parlent mal. — Les idiots, dont nous allons maintenant nous occuper, savent parler. Ils peuvent exprimer leurs besoins, leurs passions, poser des questions, y répondre, mais il est certains sons qu'ils n'émettent pas franchement, certaines consonnes qu'ils prononcent d'une façon défectueuse. Ces divers défauts de prononciation

peuvent tenir à des causes multiples qu'il est indispensable de connaitre avant d'en tenter la suppression. Quelquefois ces défauts de prononciation ont une cause physiologique, paralysie, atrophie de tel ou tel élément d'organe. La langue, trop épaisse, emprisonnée dans une mâchoire trop étroite que surmonte un palais en ogive, se meut difficilement et arrête les sons au passage ; l'enfant fait des efforts pour parler correctement, projette de la salive et fait entendre presque comtinuellement le son *ch* pour *s*, *j*, *z*, tel Henri de la C... D'autres, comme Georges T..., par suite de la malformation de la mâchoire supérieure et d'une dentition anormale frappent à tout instant les incisives supérieures trop développées, de la pointe de la langue et semblent toujours prononcer des dentales, ce qui donne à leur conversation un ton dur et discordant où domine le son *t* ou *d*. D'autres enfants, comme Henri R... possèdent une langue toujours en retrait dans la bouche, ne savent émettre que des sons gutturaux et sont incapables de donner le *l* le *r* et les dentales.

Les exercices à faire suivre, en pareil cas, varient avec la cause même du défaut de prononciation. Si l'on est familier avec le mécanisme de l'articulation on saisira facilement le point faible à exercer, à développer. Nous reviendrons encore ici à l'attention dont il faudra d'abord s'assurer avant d'entreprendre toute tentative d'amélioration. Si l'enfant est attentif, et qu'on ait su provoquer en lui l'imitation, il suffira de lui faire faire par imitation les exercices ayant pour but de mettre en jeux la partie faible de l'organe. Si les sons gutturaux ne sont pas correctement donnés, nous ferons venir à notre aide le toucher, et placant la main de l'enfant sur notre gorge, nous appellerons son attention sur les vibrations qui se produisent à cet endroit lors de l'émission d'un *k* ou d'un *g*, puis, lui faisant placer la main sur sa gorge à lui, nous l'inviterons à fournir ce son, jusqu'à ce que les vibrations qu'il sentira soient identiques à celles qu'il ressentait quand nous parlions.

Si la langue est paresseuse, c'est d'elle que nous occuperons. Nous la ferons tirer le plus possible, ramener à droite, à gauche, nous lui apprendrons à toucher le palais

à se mettre en gouttière, à frapper les dents, à se diriger vers le nez ou le menton, faire en un mot tous les mouvements nécessités par l'émission des sons linguaux.

L'éducation des lèvres est relativement plus facile, car ici nous nous adressons uniquement à la vue. Disons aussi que les labiales sont les plus faciles à prononcer et que nous n'avons la plupart du temps à remédier qu'a la faiblesse de l'émission plutôt qu'è l'incorrection. Il faudra alors apprendre à l'enfant à faire vibrer les lèvres en projetant violemment, les dents serrées, de l'air au dehors, en produisant le bruit que fait un cheval qui renâcle.

Lorsque l'idiot ne donne pas le son *r*, il ne faut pas songer à lui faire émettre le *r* lingual, si facile pour les gens du Midi, si difficile pour un grand nombre de personnes, nous nous contenterons du *r* guttural que nous provoquerons comme les autres sons gutturaux au moyen du toucher, et encore en apprenant à l'enfant à se gargariser.

Le son *k* est aussi un de ceux qui font le plus souvent défaut. Si l'on se reporte au mécanisme de l'articulation, on sait que pour produire ce son « la base de la langue se relève, entre en conctact avec le voile du palais ; celui-ci se trouve pressé entre la langue et la paroi pharyngienne et tout passage de souffle est interrompu ; puis la langue se détache vivement et une explosion se produit (1).

La plupart du temps l'enfant ne sait pas relever la langue, et donne *t* pour *k* ; le maitre, alors avec son doigt, repoussera la pointe de la langue le plus possible, afin de lui faire occuper la position normale, et fera prononcer à l'enfant le seul son possible dans cette position, *ka*. Puis on habituera l'enfant à maintenir lui-même la langue avec son propre doigt, et peu à peu la langue s'habituant à cet exercice finira par ne blus avoir besoin d'aide pour se relever.

Passer en revue tous les défauts de prononciation nous entrainerait trop loin, et nous n'avons pas la prétention d'écrire ici un traité d'orthophonie, mais pour dessein

(1) Goguillot. — *Comment on fait parler les sourds-muets.*

de fournir les principes généraux qui doivent guider les auxiliaires des médecins, instituteurs et surveillantes.

Certains idiots ne présentent pas à proprement parler de défauts de prononciation. Ils émettent à peu près bien tous les sons ; mais comme ils semblent avoir peur de desserrer les les dents, ils déforment légèrement l'émission des voyelles. A moins de les écouter attentivement, les sons a, *e*, *i*, *o*, *u* semblent confondus et prononcés de la même façon, de même les sons nasaux *an*, *on*, *in*. Il est facile de faire disparaitre cette confusion. Il suffit de les soumettre régulièrement plusieurs fois par jour à la gimnastique des lèvres et des mâchoires, qu'ils semblent ne pouvoir mouvoir qu'avec une extrême lenteur. Ne craignons pas d'exagérer l'ouverture de la bouche pour le son *a*, par exemple ; l'idiot ne voit jamais trop. Cette méthode a parfaitement réussi avec Maurice J .., qui avait, au début, un langage incompréhensible pour les personnes qui ne vivaient pas avec lui, et quelques semaines ont suffi.

D'autres idiots paraissent ne pas avoir de souffle. Ils hachent leur conversation, semblent perdre haleine à chaque instant, et ne peuvent prononcer dans la même expiration qu'un mot de deux ou trois syllabes. Pour ceux-là, on se trouvera bien des exercices suivants : faire soutenir un son le plus longtemps possible, puis faire émettre dans la même expiration deux sons opposés comme a et *i*, en donnant le signal du second que lorsqu'on sent être arrivé à peu près à la moitié de l'expiration. Après quelques semaines de ces exercices, on fait prononcer un mot de plusieurs syllabes en habituant l'enfant à ne passer d'une syllabe à l'autre qu'au commandement afin que le maitre puisse lui-même guider la durée d'émission de chaque syllabe. On fait ensuite dire, toujours lentement, des phrases entières mais courtes, pour arriver progressivement à des phrases plus ou moins longues dans lesquelles le maitre lui même désigne le point logique où doit avoir lieu une nouvelle inspiration. Lorsque l'on aura affaire à des idiots de cette catégorie, il sera bon au préala-

ble, pour tâcher d'augmenter la capacité de leurs poumons et de leur permettre par conséquent de pouvoir émettre un son plus prolongé, de faire les exercices du souffle, exercices qui amusent l'enfant et qui l'intéressent. Parmi ces exercices nous pouvons signaler celui qui consiste à faire souffler une bougie à une distance de plus en plus éloignée, à souffler dans un sifflet, à faire gonfler un ballon de caoutchouc ou une simple vessie d'animal, à faire tourner un moulin à vent, à gonfler un sans-gêne, à lancer un pois dans uu tube de sureau, à faire avancer une bille sur une longue planche à rainure, bille que lon pourra prendre d'abord en moelle de sureau, puis en liége, enfin en bois. Pour augmenter progressivement la difficulté de ce dernier exercice, on pourra mettre la planche sur un plan incliné de façon à ce que le souffle de l'enfant ait non seulement à lutter contre la force d'inertie de la bille, mais encore contre l'action de la pesanteur, de même que pour amuser et intéresser l'enfant, on suspendra au-dessus de la rainure un grelot ou un timbre quelconque, que l'on pourra avancer et reculer, et que la bille fera résonner en passant. On ne doit jamais laisser échapper l'occasion d'amuser notre idiot, qui suit souvent. avec tant d'indifférence, un travail qui lui semble inutile, (*Fig.* 16)

*
* *

Comme *application* des notions du travail précédent, nous avions fait composer par l'imprimerie des enfants, à l'usage exclusif de notre personnel enseignant, une petite plaquette, faite également avec M. J. Boyer. Elle sert de guide quotidiennement dans les classes d'enfants idiots et aussi pour les *séances de projections* destinées à leur apprendre à parler ou à corriger les *vices de prononciation*. Nous croyons utile de la publier aujourd'hui avec quelques modifications.

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1903.

****

Exercices préliminaires

Exercices des mâchoires.

a) Exercice de l'articulation temporo-maxillaire; faire ouvrir et fermer la bouche d'une façon plus ou moins accentuée.

Exercices des lèvres.

a) Rapprocher et écarter les commissures des lévres.
b) Faire sucer des bâtons de réglisse de plus en plus petits.
c) Faire tenir par le bord libre des lèvres un bâtonnet de plus en plus petit.
d) Exercer l'enfant à produire avec ses lèvres le bruit d'un cheval qui renâcle.
e) Faire imiter le bruit du baiser.
f) Faire gonfler les joues et retenir l'air avec les lèvres.

Exercices de la langue.

a) Faire tirer la langue hors de la bouche, la diriger à droite, à gauche, en haut et en bas.
b) Faire porter la pointe de la langue en arrière des dents.
c) Repousser la langue au fond de la gorge.
d) Faire toucher de la pointe de la langue le haut de la voûte palatine.
e) Mettre la langue en gouttière.

Exercices de la gorge.

a) Faire se gargariser l'enfant.
b) Lui apprendre à cracher.

Exercices des poumons.

a) Inspirations et expirations prolongées.
b) Inspirations et expirations rythmiques accompagnées ou non de haussements des épaules, d'élévation des bras au-dessus de la tête, de la projection simultanée latérale des bras et alternative des jambes.

Exercices du souffle.

a) Faire éteindre par l'enfant une bougie qu'on éloigne de plus en plus.
b) L'amuser à faire tourner un petit moulin.
c) Exercice de la planchette à rainure (*Fig.* 16).
d) Exercice de la vessie en baudruche.
e) Projection d'une balle de sureau avec un tube.
f) Exercice du sifflet.
g) Exercice du tube à spirale.
h) Exercer l'enfant à siffler.

Concurremment avec ces divers exercices, nous employons :

a) L'électrisation des lèvres.
b) Le massage des lèvres : (effleurement, tapotement, pétrissage.)

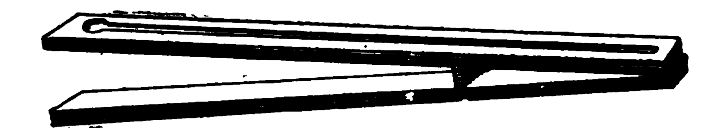


Fig. 16.

Articulation proprement dite.

Si l'enfant ne prononce aucun mot, passer immédiatement aux syllabes simples en les redoublant pour en faciliter l'émission. Si l'enfant est assez attentif, assez imitateur, s'il prononce quelques mots, mais mal, l'habituer à soutenir un son le plus longtemps possible. On peut avec cette catégorie d'enfants commencer par les voyelles.

Sons simples.

a	è	é	i
a		eu	u
a		o	ou

Sons nasaux.

a	an	
a	é	in
a	o	on
a	eu	un

Pour les consonnes comme pour les voyelles nous avons suivi l'ordre adopté par Goguillot, dans son livre. « *Comment on fait parler les sourds-muets.* » Cet ordre est basé non seulement sur les difficultés de la prononciation, mais encore et surtout sur les difficultés de l'imitation.

Nos malades présentant certaines différences avec ceux dont s'est occupé Goguillot, nous avons dû faire quelques modifications dans les détails (1).

Observations.

Ne pas laisser inspirer l'enfant entre deux syllabes appartenant au même mot. Nous ne tenons aucun compte de l'orthographe, la prononciation seule entrant en jeu.

On remarquera que nous n'avons pris comme exemples que des noms concrets, ou des verbes exprimant une action simple et habituelle, par conséquent des mots passés dans le langage de l'enfant et facilement compris de lui.

(1) Si la classification qui a inspiré les tableaux suivants diffère légèrement de celle que l'un de nous, M. J. Boyer, a adoptée dans sa *Méthode de Lecture,* cela tient à ce qu'il a fallu, dans ce dernier livre, tenir compte de la forme des lettres.

Syllabes simples.

Syllabes simples, premier groupe.

pa	papa	papé	pata
pé	pépé	papi	pété
pi	pipi	pépi	piti
pa	papa	papeu	pata
peu	peupeu	papu	peuteu
pu	pupu	peupeu	putu
pa	papa	papo	pata
po	popo	papou	poto
pou	poupou	popou	poutou
pa	papa		pata
pan	panpan	papan	patan
pé	pépé		pété
pin	pinpin	pépin	pintin
po	popo		poto
pon	ponpon	popon	ponton
peu	peupeu		peuteu
pun	punpun	peutun	puntun

Exercice : pot, papa, pipi, pain, pont, pépin, pâté, tapis, taper.

ta	tata	taté	taka
té	tété	tati	téké
ti	titi	tati	tiki
ta	tata	tateu	taka
teu	teuteu	tatu	teukeu
tu	tutu	teutu	tuku
ta	tata	tato	taka
to	toto	tatou	toko
tou	toutou	totou	toukou
ta	tata		taka
tan	tatan	tatan	takan
té	tété		téké
tin	tintin	tétin	tékin
to	toto		toko
ton	tonton	toton	tokon
teu	teuteu		teukeu
tun	tuntun	teutun	tunkun

Exercice : toutou, tonton, toupie, tampon.

ka	kaka	kaké	pataka
ké	kéké	kaki	pétéké
ki	kiki	kéki	pitiki
ka	kaka	kakeu	pataka
keu	keukeu	kaku	peuteukeu
ku	kuku	keuku	putuku
ka	kaka	kako	pataka
ko	koko	kakou	potoko
kou	koukou	kokou	poutoukou
ka	kaka		pataka
kan	kankan	kakan	patakan
ké	kéké		pétéké
kin	kinkin	kékin	pintinkin
ko	koko		potoko
kon	konkon	kokon	pontonkon
keu	keukeu		peuteukeu
kun	hunkun	keukun	puntunkun

Exercice : caca, coco, coucou, coquin, paquet, képi, copeau, compas.

Syllabes simples, 2e groupe (1).

fa	fafo	fafé	fasa
fé	féfé	fafi	fésé
fi	fifi	féfi	fisi
fa	fafa	fafeu	fasa
feu	feufeu	fafu	feuseu
fu	fufu	feufu	fusi
fa	fafa	fafo	fasa
fou	fofo	fafou	foso
fo	foufou	fotou	fousou
fa	fafa		fasa
fan	fanfan	fafan	fasan
fé	féfé		fésé
fin	finfin	féfin	finsin
fo	fofo		foso
fon	fonfon	fofon	fonson
feu	feufeu		feuseu
fun	funfun	feufun	funsun

Exercice : feu, faim, fessée.

(1) Faire prononcer *s* comme *ss* et non comme *z*.

sa	sasa	sasé	sacha
sé	sésé	sasi	séché
si	sisi	sési	sichi
sa	sasa	saseu	sacha
seu	seuseu	sasu	seucheu
su	susu	seusu	suchu
sa	sasa	saso	sacha
so	soso	sasou	socho
sou	sousou	sosou	souchou
sa	sasa		sacha
san	sansan	sasan	sanchan
sé	sésé		séché
sin	sinsin	sésin	sinchin
so	soso		socho
son	sonson	soson	sonchon
seu	seuseu		seucheu
sun	sunsun	seusun	sunchun

Exercice : scie, seau, son, sang, sou, souper, pinson.

cha	chacha	chaché	fasacha
ché	chéché	chachi	féséché
chi	chichi	chéchi	fisichi
cha	chacha	chacheu	fasacha
cheu	cheucheu	chachu	feuseucheu
chu	chuchu	cheuchu	fusuchu
cha	chacha	chacho	fasacha
cho	chocho	chachou	fosocho
chou	chouchou	chochou	fousouchou
cha	chacha		fasacha
chan	chanchan	chachan	fansanchan
ché	chéché		féséché
chin	chinchin	chéchin	finsinchin
cho	chocho		fosocho
chon	chonchon	chochon	fonsonchon
cheu	cheucheu		feuseucheu
chun	chunchun	cheuchun	funsunchun

Exercice : chat, chou, fichu, chausson, chiffon, chanson.

Syllabes simples, 3e groupe.

ba	baba	babé	bada
bé	bébé	babi	bédé
bi	bibi	bébi	bidi
ba	baba	babeu	bada
beu	beubeu	babu	beudeu
bu	bubu	beubu	budu
ba	baba	babo	bada
bo	bobo	babou	bodo
bou	boubou	bobou	boudou
ba	baba		bada
ban	banban	baban	bandan
bé	bébé		bédé
bin	binbin	bébin	bindin
bo	bobo		bodo
bon	bonbon	bobon	bondon
beu	beubeu		beudeu
bun	bunbun	beubun	bundun

Exercice : bébé, bobo, bonbon, bas, bain, bambou, bidon, bâton.

da	dada	dadé	daga (1)
dé	dédé	dadi	dégé
di	didi	dédi	digi
da	dada	dadeu	daga
deu	deudeu	dadu	deugeu
du	dudu	deudu	dugu
da	dada	dado	daga
do	dodo	dadou	dogo
dou	doudou	dodou	dougou
da	dada		daga
dan	dadan	dadan	dangan
dé	dédé		dégé
din	dindin	dédin	dingin
do	dodo		dogo
don	dondon	dodon	dongon
deu	deudeu		deugeu
dun	dundun	deudun	dungun

Exercice : dada, dodo, dent, dé, dindon.

---

(1) Il faut faire prononcer g « *que* » même devant e et i.

ga gé gi	gaga gégé gigi	gagé gagi gégi	badaga bédégé bidigi
ga geu gu	gaga geugeu gugu	gageu gagu geugu	badaga beudeugeu budugu
ga go gou	gaga gogo gougou	gago gagou gogou	badaga bodogo boudougou
ga gan	gaga gangan	 gagan	badaga bandangan
gé gin	gégé gingin	 gégin	bédégé bindingin
go gon	gogo gongon	 gogon	bodogo bondongon
geu gun	geugeu gungun	 geugun	beudeugeu bundungun

Exercice : gant, gond, gâteau, bandeau.

Syllabes simples, 4e groupe.

va vé vi	vava vévé vivi	vavé vavi vévi	vaza vézé vizi
va veu vu	vava veuveu vuvu	vaveu vavu veuvu	vaza veuzeu vuzu
va vo vou	vava vovo vouvou	vavo vavou vovou	vaza vozo vouzou
va van	vava vanvan	 vavan	vaza vanzan
vé vin	vévé vinvin	 vévin	vézé vinzin
vo von	vovo vonvon	 vovon	vozo vonzon
veu vun	veuveu vunvun	 veuvun	veuzeu vunzun

Exercice : veau, vin, van. baver, caveau.

za	zaza	zazé	zaja
zé	zézé	zazi	zéjé
zi	zizi	zézi	ziji
za	zaza	zazeu	zaja
zeu	zeuzeu	zazu	zeujeu
zu	zuzu	zeuzu	zuju
za	zaza	zazo	zaja
zo	zozo	zazou	zojo
zou	zouzou	zozou	zoujou
za	zaza		zaja
zan	zanzan	zazan	zanjan
zé	zézé		zéjé
zin	zinzin	zézin	zinjin
zo	zozo		zojo
zou	zouzou	zozou	zoujou
zeu	zeuzeu		zeujeu
zun	zunzun	zeuzun	zunjun

Exercice : zan, faisan, raisin.

ja	jaja	jajé	vazaja
jé	jéjé	jaji	vézéjé
ji	jiji	jéji	viziji
ja	jaja	jajeu	vazaja
jeu	jeujeu	jaju	veuzeujeu
ju	juju	jeuju	vuzuju
ja	jaja	jajo	vazaja
jo	jojo	jajou	vozojo
jou	joujou	jojou	vouzoujou
ja	jaja		vazaja
jan	janjan	jajan	vanzanjan
jé	jéjé		vézégé
jin	jinjin	jéjin	vinzingin
jo	jojo		vozojo
jon	jonjon	jojon	vonzonjon
eu	jeujeu		veuzeujeu
un	junjun	jeujun	vunzunjun

Exercice : joue, jonc, joujou, jambon.

Syllabes simples, 5e groupe.

la	lala	lalé	lara
lé	lélé	lali	léré
li	lili	léli	liri
la	lala	laleu	lara
leu	leuleu	lalu	leureu
lu	lulu	leulu	luru
la	lala	lalo	lara
lo	lolo	lalou	loro
lou	loulou	lolou	lourou
la	lala		lara
lan	lanlan	lalan	lanran
lé	lélé		léré
lin	linlin	lélin	linrin
lo	lolo		loro
lon	loulon	lolon	lonron
leu	leuleu		leureu
lun	lunlun	leulun	lunrun

Exercice : loup, lin, lolo, lait, lit, melon, lapin.

ra	rara	raré	lara
ré	réré	rari	léré
ri	riri	réri	liri
ra	rara	rareu	lara
reu	reureu	raru	leureu
ru	ruru	reuru	luru
ra	rara	raro	lara
ro	roro	rarou	loro
rou	rourou	rorou	lourou
ra	rara		lara
ran	ranran	raran	lanran
ré	réré		léré
rin	rinrin	rérin	linrin
ro	roro		loro
ron	ronron	roron	lonron
reu	reureu		leureu
run	runrun	reurun	lunrun

Exercice : rat, rond, roue, rabot, rouler.

Syllabes simples, 6e groupe.

ma	mama	mamé	mana
mé	mémé	mami	méné
mi	mimi	mémi	mini
ma	mama	mameu	mana
meu	meumeu	mamu	meuneu
mu	mumu	meumu	munu
ma	mama	mamo	mana
mo	momo	mamou	mono
mou	moumou	momou	mounou
ma	mama		mana
man	manman	maman	manan
mé	mémé		méné
min	minmin	mémin	minnin
mo	momo		mono
mon	monmon	momon	monnon
meu	meumeu		meuneu
mun	munmun	meumum	munnun

Exercice : mât, mie, main, maman, manteau, monter, maison.

na	nana	nané	nama
né	néné	nani	némé
ni	nini	néni	nimi
na	nana	naneu	nama
neu	neuneu	nanu	neumeu
nu	nunu	neunu	numu
na	nana	nano	nama
no	nono	nanou	nomo
nou	nounou	nonou	noumou
na	nana		nama
nan	nannan	nanan	nanma
né	néné		némé
nin	ninnin	nénin	ninmin
no	nono		nomo
non	nonnon	nonon	nonmon
neu	neuneu		neumeu
nun	nunnun	neunun	nunmun

Exercice : nez, non, nanan, nounou, minet, nommer.

Le maître dira le nom lui-même, et le fera répéter par l'élève, en l'habituant à montrer en même temps l'objet correspondant, ou à faire l'action exprimée par le verbe.

On fera ensuite l'exercice inverse.

De cette façon l'enfant apprend à parler et acquiert des idées simples et tout-à-fait précises.

Exercices d'application sur les noms composés de syllabes simples.

Corps.

Nez, dos, cou, main, dent, cheveu, mollet, genou, etc.

Vêtements.

Gilet, jupon, bouton, bonnet, chapeau, sabot, etc.

Aliments.

Radis, rôti, diner. goûter, souper, déjeuner, macaroni, jambon, pain, vin, etc.

Animaux.

Chat, rat, souris, pigeon, poisson.

Quelques objets usuels.

Banc, couteau, tabouret, rateau, balai.

Syllabes muettes.

Nous désignons sous le nom de syllabes muettes les syllabes qui, au point de vue de la prononciation, sont formées d'une consonne et d'un e muet.

Exemple : bè-que (bec).
— che-va-le (cheval).

L'e muet ne se prononçant pas à la fin des mots, nous plaçons, pour simplifier, dans la même catégorie *bec* et *botte*. N'oublions pas qu'il s'agit ici de prononciation et non de lecture. Ne faut-il pas apprendre à parler avant d'apprendre à lire ?

Syllabes muettes 1er et 2e groupes.

apa	ap	pap	ata	at	tat	aka	ak	kak
épé	ép	pep	été	et	tet	éké	ek	kek
ipi	ip	pip	iti	it	tit	iki	ik	kik
opo	po	pop	oto	oto	tot	oko	ok	kok
upu	up	pup	utu	utu	tut	uku	uk	kuk
oupou	oup	poup	outou	outou	tout	oukou	ouk	kouk
eupeu	eup	peup	euteu	euteu	tteu	eukeu	euk	keuk

Exercice : huppe, hotte, botte, bec, pic, lampe, pipe.

aba	ab	bab	ada	ad	dad	aga	ag	gag
ébé	eb	beb	édé	ed	ded	égé	eg	geg
ibi	ib	bib	idi	id	did	igi	ig	gig
obo	ob	bob	odo	od	dod	ogo	og	gog
ubu	ub	bub	udu	ud	dud	ugu	ug	gug
oubou	oubou	boub	oudou	oud	doud	ougou	oug	goug
eubeu	eubeu	beub	eudeu	eud	deud	eugeu	eug	geug

Exercice : robe, malade, bague, figue, dogue, guide.

Syllabes muettes, 3e et 4e groupes.

afa	af	faf	asa	as	sas	acha	ach	chach
été	ef	fef	ésé	es	ses	éché	ech	chech
ifi	if	fif	isi	is	sis	ichi	ich	chich
ofo	of	fof	oso	os	sos	ocho	och	choch
ufu	uf	fuf	usu	us	sus	uchu	uch	chuch
oufou	ouf	fouf	ousou	ous	sous	ouchou	ouch	chouch
eufeu	euf	feuf	euseu	eus	seus	eucheu	euch	cheuch

Exercice : chef, os, miche, mouche, mèche, vache.

ava	av	vav	aza	az	zaz	aja	aj	jaj
évé	ev	vev	ézé	ez	zez	éjé	ej	jej
ivi	iv	viv	izi	iz	ziz	iji	ij	jij
ovo	ov	vov	ozo	oz	zoz	ojo	oj	joj
uvu	uv	vuv	uzu	uz	zuz	uju	uj	juj
ouvou	ouv	vouv	ouz	ouz	zouz	oujou	ouj	jouj
euveu	euv	veuv	euzeu	euz	zeuz	eujeu	euj	jeuj

Exercice : rave, rose, neige, cerise, cirage, gaz.

Syllabes muettes, 5e et 6e groupes.

ala	al	lal	ara	ar	rar
élé	el	lel	éré	er	rer
ili	il	lil	iri	ir	rir
olo	ol	lol	oro	or	ror
ulu	ul	lul	uru	ur	rur
oulou	oul	loul	ourou	our	rour
euleu	eul	leul	eureu	eur	reur

Exercice : cheval, corps, cœur, cour, rire, boire.

ama	am (e)	mam (e)	ana	ann (e)	nann (e)
émé	èm (e)	mèm (e)	éné	enn (e)	nenn (e)
imi	im (e)	mim (e)	ini	inn (e)	ninn (e)
omo	om (e)	mom (e)	ono	onn (e)	nonn (e)
umu	um (e)	mum (e)	unu	unn (e)	nunn (e)
oumou	oum (e)	moum (e)	ounou	ounn (e)	nounn (e)

Exercice: homme, pomme, bonne, lame, âne, peine.

Rencontre de deux voyelles.

Nous avons placé cet exercice après les syllabes simples et muettes, parce qu'on rencontre une plus grande difficulté à prononcer deux voyelles successives que deux voyelles séparées par une consonne.

aa a-an	aé a-in	aï	aeu a-un	ao a-on	aou a-oun	aü
éa é-an	éé é-in	eï	é-eu é-un	éo é-on	éou é-oun	éü
ia i-an	ié i-in	ii	ieu i-un	io i-on	iou i-oun	iu
eua eu-an	eué eu-in	euï	eu-eu eu-un	euo eu-on	euou eu-oun	euü
oa o-an	oé o-in	oï	œu ou-un	oo o-on	oon o-oun	oü
oua ou-an	oué ou-in	oui	oueu ou-un	ouo ou-on	ouou ou-oun	ouü
ua u-an	ué u-in	ui	ueu u-un	uo u-on	uou u-oun	uu

Exercice : bahut, léon, lieux, lion, œil, boa, foin, chat-huant, chouette.

Syllabes complexes.

Nous désignons sous le nom de syllabes complexes des syllabes dans lesquelles on rencontre deux consonnes consécutives. Il est évident que les liquides *l*, *r* étant plus faciles à prononcer que tout autre consonne précédée d'une autre consonne, c'est par le groupe *pl*, *gl*, *cr*, etc, que nous avons dû commencer.

A surveiller *pl*, souvent prononcé par nos élèves, *pi*. *Il pieut* au lieu de *il pleut*.

Syllabes complexes 1er groupe.

pla tla kla
plé
pli
plo
plou
pleu
plun
plan
plin
plou

Exercice ; platane, plume, pluie, plante, plateau, atlas,
clairon, clé.

fla sla
fle
fli
flo
flu
flou

bla gli
blé glo
blou glu

vla

Exercice : fleur, blé, blouse, glace, globe, flamme, fléau, gland.

pra tro kru
fri gra
bra dra

vre

Exercice : praline, cruche, grimace, livre.

Syllabes complexes 2e groupe.

spa

Exercice : spatule.

pta kteu
fto sta

Exercice : docteur, statue.

psa ib
ksa gsé

amp	ant	ank
omp	ont	onk
ump	unt	unk

Exercice : rampe, tante, oncle.

anf	onf	unf
ans	ons	uns
anch	onch	unch

Exercice : enfant, lance, manche, dimanche.

amb	and	ong
omb	ond	ung
umb	und	ang

Exercice : jambe, ronde, langue, lundi.

anv	anz	anj
onv	onz	onj
unv	unz	unj

Exercice : un veau, un zouave,ange, envoyer.

anl	anr
unl	onr
oul	unr

Exercice : un lit, un rat, enlever.

		rma
	sma	
		gma
bda		
		gda
bjé		
dvé		

Exercice : objet, ormeau, dormir.

Comme on peut le voir, nous n'avons pas cru utile de passer en revue toutes les combinaisons qui peuvent se produire, nous nous sommes contenté de donner les principales. Lorsque l'enfant les émet correctement, il saura aussi émettre celles qui manquent, on peut du reste se reporter au tableau des voyelles pour constituer une liste complète. On pourrait croire qu'il est inutile d'apprendre des sons qu'on ne rencontre jamais dans les mots français. Il ne faut pas oublier que les liaisons entre les mots présentent des rencontres de consonnes dont l'enfant ne pourra jamais venir à bout si on ne le soumet préalablement à ces exercices d'articulation.

Lorsque l'enfant en sera arrivé là, il pourra prononcer tous les sons usités, par conséquent les mots les plus indispensables.

Il sera bon maintenant, dans cette espèce de récapitulation, d'apprendre à l'enfant surtout le nom des objets, des animaux, des personnes, dont il se trouve entouré, noms qu'il est impossible de déterminer. C'est à ce moment surtout qu'il faudra recourir à l'exercice de la reconnaissance des *mots imprimés*, exercice signalé plus haut.

Il es indispensable d'examiner avec soin l'état des lèvres (mollesse, défaut d'occlusion d'où la bave, perlèche) la dentition, la mastication qui a besoin d'être surveillée, même apprise ; — la langue (hypertrophie, atrophie, fissures, brièveté du frein) ; — le palais (déglutition, parole); — les amygdales (hypertrophie); — le pharynx (végétations adénoïdes.) (Voir *Archives de neurologie*, 2e série, 1903, vol. XVI, p. 367).

***

Exercices d'application au moyen des mots compris de l'enfant.

Corps humain.

Tête, front, nez, narine, œil, joue, menton, oreille, bouche, langue, dent, cou, épaule, bras, coude, poignet, main, doigt,

poitrine, dos, côté, ventre, hanche cuisse, jambe, genou, mollet, pied, talon, orteil.

Vêtements.

Béret, chapeau, chemise, col, cravate, flanelle, tricot, corset, corsage, gilet, ceinture, veste, manteau, pantalon, culotte, caleçon, jupon, robe, bas, chaussette, soulier, bottine, chausson, sabot, ruban, mouchoir.

Table.

Cuiller, fourchette, couteau, verre, assiette, plat, saladier, légumier, soupière, bouteille, carafe, lait, eau, vin, les mets que l'enfant préfère, nappe, serviette, table, chaise.

Chambre à coucher.

Lit, matelas, drap, couverture, édredon, tapis, table de nuit, rideau, lavabo, cuvette, porte, fenêtre.

Maison.

Cave, calorifère, escalier, office, cuisine, salle à manger, salon, chambre, mur, grenier, cabinet, toit, balcon, cheminée.

Famille.

Papa, maman, prénoms des frères et sœurs, oncle, tante, cousin, cousine, noms et prénoms, des camarades, des maîtres de l'entourage.

Jouets et animaux familiers.

Les jouets dont *dispose l'enfant;* les animaux domestiques.

Verbes exprimant les actions habituelles de l'enfant.

Manger, dormir, parler, marcher, courir, jouer, promener etc.

Dans le choix à faire parmi les mots ci-dessus, il y aura à tenir compte du milieu des circonstances et aussi des difficultés qu'ils peuvent présenter au point de vue de la prononciation et du sens.

II.

Introduction du traitement médico-pédagogique dans la section d'enfants idiots et épileptiques de l'asile de Clermont (Oise).

Le 19 décembre 1902, nous avons reçu à Bicêtre la visite de M. le Dr Thivet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise). Il venait d'accord avec son directeur administratif, M. Lesvier, nous demander de lui fournir les renseignements nécessaires, pour introduire dans son établissement, notre méthode de traitement médico-pédagogique. Dans l'affirmative, il nous prévenait que nous recevrions une lettre officielle du Directeur. Naturellement nous nous sommes mis à son entière disposition. Quelques jours après nous recevions la lettre suivante :

24 décembre 1902.

Monsieur le Médecin en chef,

Permettez-moi de vous remercier de l'extrême bienveillance avec laquelle vous avez acceuilli M. le Dr Thivet, notre médecin en chef, lors de la visite qu'il vous fit à Bicêtre, samedi dernier.

Comme vous l'a dit M. le Dr Thivet, nous devons faire un rapport sur l'enseignement médico-pédagogique qui pourrait être donné aux enfants arriérés, idiots ou épileptiques que nous avons dans un quartier spécial. Nous vous serions très reconnaissants de vouloir bien nous aider dans l'étude des propositions pratiques qui permettraient de réaliser dans la mesure où nous le pourrions une œuvre aussi humanitaire. Dans ce but nous vous serions très obligés de nous fixer sur les points indiqués ci-contre.

1° Quel est le nombre d'institutrices ou d'instituteurs connaissant bien les méthodes d'enseignement médico-pédagogique, en usage à Bicêtre, nécessaire pour une population d'une centaine d'enfants des deux sexes, arriérés, idiots, épileptiques (en ce momment exactement 52 garçons et 49 filles).?

2° Où pourrait-on recruter ces instituteurs et ces institutrices?

3° Quels sont les traitements à leur allouer?

4° Des instituteurs et institutrices appartenant à l'enseignement primaire pourraient-ils recevoir l'instruction spéciale à Bicêtre et à la Salpétrière comme cela s'est fait pour Saint-Yon, ainsi que le dit M. le Directeur de cet établissement?

5° Quelle pourrait être la durée du stage?

6° Combien ce stage coûterait-il?

D'ici à quelques temps je me propose, ce que ma santé ne m'a permis de faire samedi dernier, d'accompagner M. le Dr Thivet dans une nouvelle visite qu'il doit vous faire. Je désire vivement voir les merveilleux résultats que vous obtenez par vos méthodes.

Veuillez agréer, Monsieur le médecin en chef, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le directeur, LESVIER.

Avant de rédiger le programme qui nous était réclamé, nous souvenant qu'une demande semblable adressée autrefois directement à l'Administration par notre ami le Dr Giraud, médecin-directeur de l'asile Saint-Yon, était demeurée sans réponse nous avons voulu nous assurer de l'assentiment de l'Administration actuelle, comptant d'ailleurs sur un avis favorable de la part de M. Mesureur. Notre espoir n'a pas été déçu. Quelques jours après, nous recevions communication de la lettre ci-après.

Paris le 10 février 1903.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris à M. le Directeur de l'hospice de Bicêtre.

Monsieur le Directeur,

Sur la demande de M. le Dr Bourneville, je vous autorise à recevoir dans votre établissement un certain nombre d'infirmiers et d'infirmières de l'asile de Clermont (Oise), qui vous seront envoyés par le Directeur de cette maison pour se mettre au courant de la méthode employée à Bicêtre et à la fondation Vallée pour l'enseignement médico-pédagogique des enfants idiots. Cette autorisation est donnée aux conditions suivantes :

Les agents ainsi détachés à l'hospice de Bicêtre seront au nombre de 3 ou 4 au maximum à la fois; ils seront soumis à la même discipline et au même travail que notre personnel ; ils ne recevront aucun traitement et seront nourris moyennant une redevance de 0.f.85 par repas et par personne.

Ils seront logés en dortoirs.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Signé: MESUREUR.

M. le Dr Bourneville à M. Lesvier, directeur de l'Asile de Clermont.

Paris, le 16 février 1903.

Monsieur le Directeur,

La première partie du programme de votre affaire est réalisée. M. le Directeur de l'Assistance publique autorise l'entrée dans mon service du matin au soir de vos agents. Je vous envoie la copie de sa lettre. La question de nourriture et de logement est tranchée. Vous verrez s'il ne conviendrait pas de les laisser loger au dehors. Vous déciderez de l'indemnité à leur allouer.

Pour bien préciser le personnel nécessaire, j'aurais besoin des renseignements indiqués sur le tableau schématique ci-après:

	Garçons	Filles
de 2 à 7 ans	00	00
de 8 à 12 ans	—	—
de 13 à 18 ans	—	—
Nombre des gâteux	—	—

Il conviendrait de choisir des infirmières intelligentes, n'ayant pas plus de 25 à 30 ans, afin qu'elles puissent vous rendre des services pendant longtemps, une fois dressées. Elles devraient avoir leur brevet de capacité... ou tout au moins le certificat d'études. Il faudrait avoir une surveillante-institutrice, c'est-à-dire que, en quelque sorte, l'infirmière doit l'emporter sur l'institutrice. A elle seraient confiées les filles et les petits garçons valides de 2 à 10 ou 12 ans, selon le développement physique qui doit guider plus que l'âge. Elle serait aidée par le nombre d'infirmières nécessaires suivant le nombre d'enfants.

Les *petits garçons* et les *petites filles*, valides ou non, seraient confiés, à une sous-surveillante, aidée d'un nombre d'infirmières à déterminer.

Les garçons de 12 à 18 ans (car je suppose que vous faites passer aux adultes les idiots de plus de 18 ans lorsque leur développement physique est complet) seraient confiés à un instituteur ou mieux si cela est possible, à un infirmier ayant son brevet de capacité.

Cet *instituteur-infirmier*, en mesure de donner des soins médicaux à ses élèves (accès, attaques), serait aidé par un infirmier ayant son certificat d'études.

Vous auriez donc quatre agents à envoyer à Bicêtre.

Durant leur séjour (deux mois au minimum), ils devraient suivre obligatoirement les cours de l'école d'infirmiers et infirmières de Bicêtre, les exercices pratiques et faire les compositions.

Je crois enfin qu'il serait utile de les faire assister à quatre leçons aux sourds-muets et autant à l'école Braille ou aux jeunes aveugles.

En attendant que je complète ces renseignements, veuillez agréer, M. le Directeur, l'assurance de mes sentiments bien dévoués. BOURNEVILLE.

P. S.— Au moment où je finissais ma lettre, je reçois la vôtre. Je vous recevrai avec plaisir, samedi 21 février, tous les deux. — D'ici là vous aurez réfléchi à ma lettre.

M. Lesvier à M. Bourneville.

Clermont (Oise). 16 février 1903.

Monsieur le Médecin en chef,

Je vous serais très-obligé de vouloir bien me faire savoir

par l'un des plus prochains courriers si nous pourrons vous rencontrer à Bicêtre, M. le Dr Thivet et moi, samedi prochain 21 courant, à l'heure de votre visite, 9 heures du matin. Je vous serais très-reconnaissant de me remettre lors de cette visite les réponses aux questions que je vous ai adressées. Je désire vivement pouvoir proposer l'application dans notre établissement de vos méthodes d'enseignement médico-pédagogique.

Veuillez agréer, etc. LESVIER.

M. Bourneville à M. Lesvier.

Bicêtre, le 27 février 1903.

Monsieur le Directeur,

Voici le complément des renseignements que vous m'avez demandés. Je vous conseille d'employer le plus possible un personnel féminin :

1° Tous les gâteux, valides ou non, devraient être confiés à une *sous-surveillante-institutrice*, avec une première infirmière, une infirmière et un infirmier (Petite école).

2° Les enfants de 2 à 7 ans et de 8 à 12 ans, valides, propres seraient confiés à une *surveillante-intitutrice* qui aurait également, non seulement la surveillance mais la direction de la petite école. Elle aurait les garçons et les filles (de 2 à 12 ans), les filles de 12 à 18 ans.

Elle serait aidée par une sous-surveillante-institutrice, deux infirmières (Grande-école des Filles), l'infirmier serait commun aux deux.

3° Pour les garçons de 13 à 18 ans (non compris les gâteux), un surveillant-instituteur, un ou deux infirmiers (suivant le nombre des malades).

Tel est, à mon sens, le minimun du personnel qui vous est nécessaire. Il n'y a aucun inconvénient à mettre les petits garçons avec les petites filles, c'est là une pratique qui existe dans les asiles d'idiots en Angleterre.

Il n'y a que des avantages à confier les petits garçons à des femmes, ainsi que vous l'avez vu dans mon service à Bicêtre; (depuis plus d'un demi-siècle l'infirmerie d'adultes est confiée à des femmes). Dans des asiles, à l'étranger, les infirmeries et les gâteux sont confiés à des femmes. — L'une des infirmières pourrait être chargée de la *couture* et du *repassage*.

Vous pourriez utiliser votre cuisine et votre buanderie en

y envoyant, soit isolément, soit par petites séries, vos enfants au fur et à mesure de leur développement.

Quant aux garçons, si vous avez de bons chefs d'ateliers, vous pourriez également les envoyer par petites séries.

Plus les enfants sont jeunes, plus ils sont éducables, c'est pourquoi il est bon de les admettre dès l'âge de 2 ans, plus on les reçoit tard moins il y a de chance d'une amélioration sérieuse.

J'ai indiqué les cadres, mais rien ne vous oblige à nommer vos agents d'emblée surveillantes ou sous-surveillantes. J'ai employé les mots *surveillantes-institutrices* pour bien indiquer qu'elles doivent être en mesure de donner tous les soins matériels et médicaux aux enfants, si un enfant a, par exemple, un accès d'épilepsie.

Vous pourriez envoyer trois femmes choisies parmi les plus instruites de votre maison n'ayant pas, autant que possible. plus de trente ans, afin qu'elles soient plus faciles à dresser et qu'elles puissent vous rendre des services pendant plus longtemps ; un homme me parait suffisant (soit quatre personnes), qui, une fois dressées feraient l'éducation de leurs auxiliaires.

Quant au traitement vous ferez bien de vous guider sur la fondation Vallée et sur la petite école de Bicêtre, quitte à leur donner une augmentation ou des gratifications au fur et à mesure des services qu'elles vous rendront.

Je suis à votre disposition pour les autres renseignements pont vous pourriez avoir besoin.

Veuillez agréer, etc.

BOURNEVILLE.

M. Lesvier à M. Bourneville.

Clermont (Oise), le 9 mars 1903,

Monsieur le Médecin en chef,

J'ai reçu votre lettre du trois courant ; je vous suis très reconnaissant. des renseignements si complets qu'elle contient. MM. les médecins en chef se joignent à moi pour vous adresser nos plus vifs remerciements. Ils vont pouvoir, appuyés de votre autorité, présenter un projet d'enseignement médico-pédagogique qui, je l'espère, aura la pleine approbation du Conseil Général.

Veuillez agréer, etc.

LESVIER.

M. le Dr Bourneville à M. le Dr Thivet, directeur intérimaire de l'asile de Clermont :

Bicêtre, le 16 mai 1903,

Mon cher Collègue,

Vous pouvez envoyer vos infirmières *dès la semaine prochaine.* Je ferai tout mon possible pour que tout le monde les accueille bien et pour qu'elles se mettent vite au courant de tous les procédés qni constituent ma méthode de traitement médico-pédagogique.

Je tiendrais beaucoup, je le répète, à ce qu'elles assistent aux cours de l'école d'infirmières.

Je vous serais bien obligé, si vous pouviez m'envoyer une copie des procès-verbaux des séances de la Commission de surveillance et du Conseil général où la question qui nous intéresse a été traitée ainsi qu'une copie du projet de délibération.

Bien à vous, BOURNEVILLE.

Voici l'extrait de la séance du 30 mars 1903 de la Commission de surveillance de l'asile de Clermont.

Institution de l'enseignement médico-pédagogique aux quartiers des enfants à Fitz-James.

Le Directeur rappelle à la Commission que dans sa séance du 6 octobre dernier, elle a donné un avis favorable à diverses améliorations, proposées par MM. les Médecins en chef, à apporter aux quartiers des enfants, filles et garçons, de Fitz-James. M. l'Architecte départemental a été chargé de dresser les plans et devis de ces améliorations.

Depuis, en vue de l'institution dans ces quartiers de l'enseignement médico-pédagogique, le Directeur a correspondu avec M. le Dr Bourneville, organisateur de cet enseignement dans la Seine. Avec MM. les Médecins en chef de l'asile, il a visité le très important service dirigé à Bicêtre (garçons) et à la fondation Vallée (filles) par M. Bourneville qui les a accueillis avec la plus grande bienveillance. Au cours de cette visite et dans sa correspondance, M. Bourneville a donné à MM. les Médecins en chef et au directeur, avec une extrême complaisance, tous renseignements et conseils utiles pour l'étude de propositions pratiques permettant de réaliser dans la mesure du possible, dans notre établissement, une œuvre humanitaire que le développement physique,

intellectuel et moral de pauvres enfants aliénés, imbéciles et épileptiques.

M. Bourneville a, en outre, obtenu de M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, l'autorisation pour l'asile de Clermont d'envoyer à Bicêtre et à la fondation Vallée, afin de se mettre au courant des méthodes d'enseignement médico-pédagogique, un certain nombre d'infirmiers et d'infirmières. A la suite de ces correspondances et visites, MM. les Médecins en chef ont élaboré le projet d'organisation suivant de l'enseignement médico-pédagogique dans nos quartiers d'enfants.

1° Une surveillante, remplissant d'ailleurs les fonctions d'institutrice pour les deux sections (filles et garçons), serait chargée de donner aux enfants valides et non gâteux l'instruction qu'ils sont susceptibles de recevoir. Ces enfants seraient groupés en deux séries selon que leur développement intellectuel est tout à fait nul ou simplement rudimentaire et chaque série aurait des heures de classe et un programme à déterminer. La même surveillante-institutrice pourrait, deux ou trois fois par semaine, rassembler les enfants valides et leur faire une leçon de gymnastique élémentaire suivant la formule de Bicêtre ; ces leçons pourraient être au moins provisoirement données dans la salle de classe.

2° Cette surveillante devrait être secondée et au besoin suppléée par quatre infirmières, qui feraient aussi fonctions d'institutrices, affectées deux à la section des filles et les deux autres à celle des garçons.

A la section des garçons : Tous les enfants gâteux (valides ou non) quelque soit leur âge, seraient confiés à une infirmière spéciale ; un infirmier serait attaché au service et mis à la disposition de la surveillante pour les travaux de propreté.

Le matériel scolaire devra être complété et comprendra :

1° Un nombre de tables en rapport avec celui des enfants ; — 2° Un meuble à tiroirs surmonté d'une vitrine dans lequel trouveront leur place tous les objets destinés à l'enseignement ; — 3° Des cartes murales ; — 4° Des appareils pour la gymnastique élémentaire.

Le matériel scolaire et celui de gymnastique pourrait en grande partie être fourni par les ateliers de l'Asile. Il est impossible de créer des ateliers spéciaux comme à Bicêtre, (il y en a huit : menuiserie, serrurerie, vannerie, rempaillage, couture, cordonnerie, brosserie et imprimerie), pour l'instruc-

tion professionnelle de ces enfants, mais on pourrait, suivant leurs aptitudes, en confier quelques-uns au jardinier et aux chefs des ateliers de charronnage et de maréchallerie de Fitz-James.

A la section des filles : Outre les deux infirmières-institutrices dont il est parlé plus haut, trois infirmières seraient nécessaires. En plus de l'instruction primaire et des leçons de couture, broderie, etc., données par Mme Champy, actuellement sous-surveillante, on pourrait, comme cela se fait à Bicêtre, apprendre à ces enfants le repassage. Ces leçons de repassage pourraient avoir lieu soit à Clermont où fonctionne ce service et où un petit groupe de jeunes filles pourrait être conduit chaque semaine en effectuant ainsi une promenade salutaire ; soit dans le quartier de Bécrel, où un second service de repassage pourrait être installé près de la buanderie.

Des leçons de coupe pourraient être aussi données par une de nos couturières soit à Clermont soit dans le quartier même des enfants. — Les leçons de chant et de petite gymnastique des membres seraient données par la surveillante-institutrice. Quant aux différents appareils et objets nécessaires tant pour l'école proprement dite, objets servant à l'éducation des sens, lettres à caractères spéciaux, etc., que pour les soins de propreté, fauteuils spéciaux des gâteuses, ils pourraient être fabriqués en grande partie dans les ateliers de l'Asile même, en copiant les modèles de M. Bourneville, le surplus serait acheté au dehors.

Dans le projet qui vient d'être exposé, on peut remarquer l'emploi du personnel féminin pour les petits garçons, MM. les Médecins en chef ont suivi en cela les conseils et la pratique de M. le Dr Bourneville.

Il n'y a, dit M. Bourneville, que des avantages à confier les petits garçons à des femmes. A Bicêtre, d'ailleurs, depuis plus d'un demi-siècle, l'infirmerie des adultes même, est confiée à des femmes et dans un certain nombre d'asiles, à l'étranger, les infirmeries et les gâteux sont généralement confiés à des femmes. A l'asile de Meerenberg (Hollande) tout le personnel secondaire est féminin, aussi bien dans la division des hommes que dans celle des femmes.

Il n'y aurait même, dit-il encore, aucun inconvénient à mettre les petits garçons avec les petites filles, c'est là une pratique qui existe dans les asiles d'idiots en Angleterre (Lettre de M. Bourneville du 3 mars). Il n'y a pas lieu d'ailleurs d'examiner ici ce dernier point, MM. les médecins n'ayant pas, en ce moment, l'intention de mélanger les sexes.

Il est indispensable que la surveillante-institutrice et les quatre infirmières-institutrices passent deux mois dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre et à la Fondation Vallée, afin de bien étudier et comprendre les méthodes d'enseignement de M. Bourneville. Elles devront, durant leur séjour, suivre les cours de l'École d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, les exercices pratiques et faire les compositions.

La dépense occasionnée par ce séjour consistera uniquement dans les frais de voyage, aller et retour, et de nourriture fixée à 1 fr. 70 par jour et par personne, suivant la lettre de M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique du 10 février dernier.

Cette dépense pourra être prélevée sur l'article 28 du budget de l'exercice courant (dépenses imprévues). Il est d'ailleurs bien entendu que ces employées continueront, pendant leur séjour à Bicêtre, à profiter du traitement dont elles jouissent au moment de leur départ. Le traitement annuel du personnel chargé de l'enseignement médico-pédagogique pourrait, en se guidant sur la Fondation Vallée et la petite école de Bicêtre, être fixé ainsi qu'il suit:

Une surveillante-institutrice		900 fr.
Quatre infirmières-institutrices (deux pour les filles, deux pour les garçons) à 540 fr. chacune, soit ensemble		2.160 fr.
Quatre infirmières (une pour la section des garçons et trois pour celle des filles) à 360 fr. chacune, soit ensemble........................		1.440 fr.
Et un infirmier pour les garçons.............		384 fr.
Total........		4.884 fr.
Actuellement le traitement du personnel de garde et de surveillance pour les garçons et pour les filles s'élèvent pour les garçons à......... (dont 480 fr. au gardien chef, et 1.056 pour les trois autres gardiens (un à 384 fr. et deux à 336 fr.)	1.536 fr.	
Et à pareille somme pour les filles ci .... (600 fr. à la sous surveillante et 936 à trois gardiennes, une à 360 fr. et deux à 288 fr.	1.056 fr.	
Ensemble.....	3.072 fr.	3.072 fr.
Différence......		1.812 fr.

L'organisation de l'enseignement médico-pédagogique suivant les méthodes de M. le Dr Bourneville, avec création d'une petite école ainsi qu'il le préconise pour notre établissement occasionnerait donc, en ce qui concerne le personnel, une augmentation de dépense de 1.812 francs; mais, si on considère que M. le médecin en chef des femmes demande depuis un certain temps l'augmentation d'une unité dans le personnel des gardiennes des filles (voir sa lettre du 31 août insérée au procès-verbal de la séance du 6 octobre suivant) cette augmentation serait en réalité de 1.400 à 1.500 francs.

Pour assurer l'exécution du projet, il y a lieu de demander à la Commission départementale l'ouverture d'un crédit de 1812 fr. à rattacher à l'article 6 du budget en cours « solde des préposés et servants » ou l'autorisation de porter la dite somme de 1812 fr. au budget supplémentaire de l'exercice courant.

Mme Champy, surveillante des filles, est tout indiquée pour remplir le poste de surveillante-institutrice; Mme Champy entoure nos fillettes de soins véritablement maternels. De sa propre initiative, divisant ces enfants en deux séries, elle leur a fait l'école, leur donnant des leçons de lecture, d'écriture, calcul, couture. Il est inutile d'ajouter que MM. les Médecins en chef choisiront avec le plus grand soin les sujets auxquels seront confiés les autres postes.

Enfin le Directeur donne communication à la Commission de deux lettres de M. le Dr Bourneville en date des 16 février dernier et 3 mars courant et des tableaux de traitement du personnel de la fondation Vallée et de Bicêtre (petite école).

La commission donne un avis favorable aux propositions ci-dessus et notamment à l'ouverture du crédit de 1812 fr. demandée. Elle émet le vœu que l'enseignement médico-pédagogique, faisant l'objet du rapport qui précède, soit mis en pratique le plus tôt possible.

Le projet adopté par la Commission de surveillance de l'asile de Clermont a été soumis au Conseil général de l'Oise. Voici l'extrait du procès-verbal qui a trait à ce projet.

Séance du 21 *avril* 1903. M. le *Rapporteur*. Messieurs. Sur l'initiative de M. le Préfet de l'Oise et de concert avec MM. les Médecins en chef, M. le Directeur de l'asile départemental a été chargé d'élaborer un projet en vue de l'organisation de l'enseignement médico-pédagogique dans les quartiers des

enfants de Fitz James. Ces quartiers sont occupés par 52 garçons et 49 filles.

En vue de cette création MM. les Médecins en chef de l'établissement se sont mis en rapport avec M. le Dr Bourneville, organisateur de l'enseignement médico-pédagogique dans la Seine. Ce dernier les a, non seulement accueillis avec la plus grande bienveillance, mais a obtenu du Directeur de l'Administration générale de l'assistance publique l'autorisation pour l'asile de Clermont d'envoyer à Bicêtre et à la fondation Vallée un certain nombre d'employés pour les mettre au courant des méthodes d'enseignement médico-pédagogique. A la suite de correspondances et visites, MM. les Médcins en chef sont d'avis :

1° Persuadés des nombreux avantages qu'il y aurait à confier les enfants (filles et garçons) à des femmes, ils demandent que les différents emplois de cet enseignement soient accordés à un personnel féminin.

2° Ce personnel comprendrait une surveillante faisant fonction d'intitutrice pour les deux sections. Cette surveillante serait secondée par quatre infirmières qui feraient aussi fonctions d'institutrices; elles seraient affectées, deux à la section des filles et deux à la section des garçons.

3° Les enfants seraient groupés en deux séries, selon leur développement intellectuel, chaque série aurait des heures de classe et un programme à déterminer. Certaines heures seraient réservées à la gymnastique élémentaire, suivant la formule adoptée à Bicêtre.

4° Les enfants gâteux (valides ou non) quel que soit leur âge, seraient confiés à une infirmière spéciale.

5° Le matériel se composerait de tables, d'un meuble dans lequel seraient classés tous les objets destinés à l'enseignement, de cartes murales et d'instruments pour la gymnastique élémentaire.

6° Pour les filles, en plus de l'instruction primaire et des leçons de couture, broderie, etc., on pourrait, comme cela existe à la Fondation Vallée, leur apprendre le repassage.

Actuellement, le traitement annuel des employés de garde et de surveillance pour les deux sections de Fitz-James s'élève à 3.072 fr.

Avec le supplément du personnel exigé pour l'organisation de l'enseignement médico-pédagogique, il s'élèverait à 4.884 fr.

Soit une différence en plus de 1.812 fr.

La Commission de surveillance, consultée, a donné un avis favorable aux propositions ci-dessus, et a, en outre, émis le vœu que l'enseignement médico-pédagogique soit mis en pratique le plus tôt possible à Clermont.

Votre première Commission, Messieurs, vous demande d'accorder les moyens de réaliser, dans la mesure du possible, une œuvre aussi humanitaire que le développement physique, intellectuel et moral de pauvres enfants aliénés et vous propose, à titre d'essai, et en priant l'administration de faire connaître au Conseil général, dès l'année prochaine, les résultats obtenus, vous propose l'ouverture d'un crédit supplémentaire de 1.812 fr. à rattacher à l'article 6 du budget en cours, «solde des préposés et servants».

M. Dupuis Ernest. — Nous sommes en avril, le budget de l'année n'a donc plus douze mois.

M. le Préfet. — Le crédit de 1.812 fr. sera déja bien court pour apprécier les résultats de l'essai.

M. le Rapporteur. — Le Conseil Général pourra voter au mois d'août un nouveau crédit pour 1904.

(Les conclusions du rapport sont adoptées).

* * *

Le 22 mai, nous avons admis dans le service Mmes Champy, Gérard, Frey, Lefèvre. Nous les avons mises à l'œuvre immédiatement. Tout notre personnel enseignant s'est empressé de leur faire connaître tous les procédés qui constituent notre méthode de traitement médico-pédagogique, aussi bien à Bicêtre qu'à la Fondation Vallée. Elles ont été perfectionnées dans leurs connaissances hospitalières en assistant aux cours professionnels, aux exercices pratiques. Elles ont fait métier à la fois d'*infirmières* et d'*institutrices* conformément à notre programme. En effet, les enfants idiots, imbéciles, arriérés et épileptiques sont d'abord des *malades* ; il faut, au moins actuellement, puisque les administrateurs ne consentent que des sacrifices restreints, ne pas chercher à avoir un corps d'institutrices et un corps d'infirmières; il faut que le personnel soit en mesure de donner et les soins et l'instruction. Lors même, d'ailleurs, que les ressources permettraient d'avoir un double personnel, il est indispensable

que les institutrices sachent, à l'occasion, secourir les enfants.

Les infirmières de Clermont, un peu déroutées au début et n'étant pas habituées à la somme de travail qu'accomplit de bonne volonté, notre personnel, ont vite compris que tout ce que nous leur faisions faire était dans leur intérêt et destiné à faciliter la tâche nouvelle que médecins et directeur de l'Asile de Clermont voulaient leur confier. Elles nous ont quitté le 22 juillet, satisfaites de leur séjour dans notre service et de l'accueil bienveillant qu'elles y ont reçu. Ayons donc l'espoir qu'elles profiteront de notre enseignement et de nos conseils, et qu'elles sauront en faire bénéficier les malheureux enfants de l'Asile de Clermont.

Nous avons rappelé plus haut (p. XXVIII, LXIV) ce que nous avons fait pour aider des médecins, des institutrices, des infirmières à soigner, instruire, éduquer, guérir les enfants arriérés. Nous restons à la disposition des médecins des asiles qui, à l'exemple des médecins et directeurs de Saint-Yon et de Clermont, voudraient créer des asiles-écoles.

Nouvelle Note additionnelle.

La note suivante aurait dû être placée avec les précédentes (p. CXXIX).

Enseignement des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie. — Nous avons émis bien des fois l'idée que, dans les écoles primaires, on devait donner aux enfants des classes les plus avancées des notions élémentaires d'anatomie, de physiologie et d'hygiène, notions que tout le monde devrait posséder (1). Durant le dernier trimestre des trois dernières années, quelques-uns de nos malades, pourvus presque tous (cette année 9 sur 10) du certificat d'études ont suivi les leçons d'anatomie et de physiologie de l'Ecole des infirmiers et infirmières de Bicêtre. Nous aurions voulu procéder de même pour les fillettes de la Fondation Vallée mais des raisons matérielles nous en ont empêché. Nous espérons être plus heureux en 1904.

(1) Pour réaliser cette réforme, il serait nécessaire de faire un enseignement suffisant de ces sciences dans les Écoles normales. Ce que nous demandons pour les enfants des écoles primaires n'est pas moins utile pour les élèves des lycées de garçons et de filles.

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1903.

****

III.

Hospitalisation ou internement des enfants aliénés

(*Idiots, épileptiques, fous moraux, etc.*)

Paris, le 30 mars 1902.

Monsieur le Docteur,

J'ai déjà eu l'honneur de vous écrire, il y a un an à propos d'un jeune déséquilibré, du nom de Mull..., qui s'était évadé et que vous avez bien voulu reprendre à Bicêtre.

On m'a mis en relation avec un jeune garçon qui n'est peut-être pas protestant, mais dont je ne puis me désinterresser à cause de cela, Gustave De.., 15 ans, orphelin, resté à la charge d'une grande tante tout à fait indigente. On m'avait parlé de le placer à la campagne, mais c'est un pauvre être tout à fait déséquilibré. Le Dr Legras, de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, a bien voulu l'examiner et le Dr Thé.... lui a donné un certificat. *Mais le commissaire ne le considérant pas comme un danger public* ne peut ordonner son placement par l'autorité publique.

Qu'y a-t-il à faire pour soigner et guérir ce garçon qui devient méchant et menace la brave vieille femme qui partage ses dernières croûtes de pain avec lui ?

Pouvez-vous, soit me donner un conseil, soit recevoir la visite de Mme Gal..., rue Palikao, 17, soit l'adressser là où elle pourrait faire entrer son petit neveu. Dès qu'il sera considéré comme guéri, je pourrai le placer à la campagne.

Veuillez agréer, Monsieur le docteur, l'expression de mes sentiments très distingués.

Etienne Mat....

Nous désirons appeler l'attention sur plusieurs points visés par cette lettre et fournir en même temps à nos lecteurs quelques renseignements. Les idiots, enfants et adultes rentrent dans la catégorie des malades qui doivent être assistés et traités dans les *asiles d'aliénés*. On est admis dans ces établissements : 1° par *placements volontaires*, c'est-à-dire faits par les familles, directement à l'asile, — ce que nous avons fait admettre, non sans peine pour *tous* les malades, adultes et enfants, — mais le Conseil général sur la proposition du Dr E. Dubois a fait supprimer *pour les enfants*, les placements volontaires directs, ce qui a eu pour conséquence regrettable de rétablir pour eux, en cas d'urgence, le passage au dépôt de la préfecture de police si redouté, parfois si néfaste; — 2° par *placements d'office*, c'est-à-dire faits par le préfet de police, après rapport du commissaire de police et passage par le dépôt de la dite préfecture. Dans le cas particulier, le commissaire de police n'a pas fait son devoir puisque l'enfant malade est violent et menace sa grand' tante. Il aurait fallu, sans doute, pour décider M. le commissaire que le malheureux eut blessé ou tué sa grand' tante. En pareille circonstance, trop souvent, les commissaires de police ne comprennent pas exactement leur véritable rôle. Ils oublient que la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés est à la fois une loi de bienfaisance et une loi de sécurité publique. Mieux vaut agir préventivement que réprimer tardivement.

BOURNEVILLE.

IV.

De l'hospitalisation des enfants arriérés.

Beaucoup, même parmi les médecins, les administrateurs et les commissaires de police, ignorent quelles sont les conditions à remplir pour l'admission des *aliénés* dans les *asiles* et, en particulier, des *enfants idiots*, imbéciles, arriérés, épileptiques, amoraux, etc., dans les sections qui leur sont affectées : Bicêtre et la colonie de Vaucluse pour les garçons, la Salpêtrière et la Fondation Vallée pour les filles.

La lettre suivante que nous reproduisons, non pas seulement parce qu'elle vient à l'appui de ce que nous venons de dire, mais encore et surtout parce qu'elle donne des raisons sérieuses en faveur de l'assistance de ces enfants, met en relief la pénible situation de leurs familles, paralysées dans leur action, absorbées par le malade au détriment des autres enfants sains, et ceux-ci exposés à des actes mauvais de la part du malade ; cette lettre, enfin, nous fournit l'occasion de renseigner nos lecteurs.

Paris, le 28 mars 1903.

Monsieur et très honoré confrère,

Veuillez m'excuser si je prends la liberté de vous recommander la jeune Bousq..., demeurant dans sa famille, 3, rue Bache... Cet enfant, complètement arriéré et impulsif, devient méchant et dangereux dans sa famille, pour sa sœur qu'il frappe et pince, et aussi pour sa mère.

On ne peut le laisser seul dans la crainte du feu ou d'autres méfaits, et Mme Bousq... dont le mari est *alcoolique*, et qui

n'a pas de bonne, ne sait comment faire ses courses sans emmener son fils qui est loin d'être facile à mener. A mesure qu'il prend de l'âge et de la force, il devient plus difficile à conduire et n'accepte aucune autorité.

Le dossier de l'enfant est prêt, parait-il, pour Bicêtre, et ce serait un immense service que vous rendriez à cette pauvre femme si vous pouviez hâter l'admission du jeune Paul aux enfants arriérés. Mme Bousq..., m'a écrit pour que j'intercède près de vous, car je suis leur médecin depuis 10 ans et j'ai vu naître les enfants et les ai suivis depuis.

Je vous serais reconnaissant pour ma part, si, à ma prière, vous pouviez hâter cette admission et rendre ce grand service à cette mère si éprouvée.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'assurance de ma considération très distinguée, ainsi que tous mes remerciments.

Dr M...
Adjoint au Maire du... arrondissement.

Voici d'après la loi du 30 juin 1838, les formalités à remplir pour l'admission des adultes et des enfants aliénés, par *placement volontaire.*

« ART. 4. — Toute demande d'admisson doit être écrite et signée par la personne qui la présente ; si l'auteur de la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le maire ou le commissaire de police. Elle doit contenir les noms, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui la forme que de la personne dont la placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

« ART. 5. -- La demande doit être accompagnée : 1° d'un certificat du médecin constatant l'état mental de la personne à placer, indiquant les particularités de la maladie, ainsi que la nécessité de faire traiter la dite personne dans un établissement d'aliénés. Ce certificat qui doit être légalisé, ne peut être admis s'il a plus de 15 jours avant sa remise au directeur de l'asile. Le médecin signataire du certificat ne doit pas être attaché à l'asile, ni être parent, ou allié, au second degré inclusivement, du directeur de l'asile ou de la personne qui fait effectuer le placement ; — 2° d'une pièce constatant l'individualité de la personne à placer : bulletin de naissance, de mariage, livret de famille, etc.

Avec ces pièces les *adultes* peuvent être conduits *directement* dans les asiles par leur famille et admis de suite. C'est à la suite d'une longue campagne au Conseil général (1878-1883), que cette faculté a été accordée aux familles et qu'elles ont la faculté d'éviter le pénible passage par la Préfecture de police. — Pendant plusieurs années, il en a été de même pour les *enfants*. Mais en 1896, un conseiller général, pour des raisons qu'il n'a pas données, a fait supprimer le *placement direct* des enfants dans les sections qui leur sont affectées et fait rétablir le passage à la Préfecture de police, de telle sorte que, aujourd'hui, leur admission est ainsi réglementée :

Dispositions particulières aux enfants de 2 à 18 ans, aliénés ou idiots.

ART. 9. — Les placements volontaires d'enfants aliénés ou idiots, âgés de moins de 18 ans, peuvent avoir lieu directement dans les établissements où il existe des quartiers spéciaux affectés au traitement des enfants.

(Toutefois, en vertu d'une délibération du Conseil général en date du 29 décembre 1896, il n'est plus admis provisoirement d'enfants, dans les quartiers spéciaux qui leur sont réservés, par voie de placement volontaire direct. Toutes les demandes doivent être centralisées à l'asile Clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, n° 1, où un registre est ouvert à cet effet. Les admissions ont lieu dans l'ordre rigoureux des inscriptions et au fur et à mesure des places disponibles.)

ART. 10. — A défaut de place disponible dans ces établissements et aucun enfant ne devant séjourner à l'asile Clinique, les demandes de placements volontaires auxquelles il ne peut être donné satisfaction immédiate sont inscrites sur *un Registre spécial,* ouvert dans chaque établissement où il existe un quartier d'enfants. L'admission des enfants a lieu dans l'ordre rigoureux des inscriptions et au fur et à mesure des vacances.

D'après la lettre de notre correspondant, la famille a rempli les formalités nécessaires, l'enfant est inscrit sur le *Registe* de l'Asile clinique et, malgré les graves raisons qui sont invoquées pour son envoi à la section des enfants de Bicêtre, il doit attendre son tour.

Mais, et c'est là le renseignement intéressant pour notre correspondant, il y a un second mode de placement, le *placement d'office*. Les pièces à fournir sont les mêmes que pour le placement volontaire. Toutefois, il faut en outre obtenir du commissaire de police un rapport sur l'enfant. La famille, par deux témoins, doit lui fournir la preuve que l'*enfant est dangereux*.

La famille, munie des pièces exigées par la loi et du rapport du commissaire de police, conduit l'enfant à l'infirmerie spéciale du Dépôt, à la préfecture de police, quai de l'Horloge. Il y est examiné par M. le Dr P. Garnier ou par M. le Dr Legras, expédié le jour même (1) à l'Asile clinique et, en général, le lendemain dirigé sur l'un des services consacrés aux enfants : c'est donc ce moyen que nous conseillons, vu l'urgence, à notre honorable correspondant... à la condition que le commissaire de police lui fournisse le rapport indispensable. En effet, les commissaires de police, le plus souvent, et par erreur, ne voient dans la loi du 30 juin sur les aliénés qu'une loi de *sécurité* et en ignorent le caractère principal — loi de *bienfaisance*, *d'assistance* — et ne veulent faire de rapport que s'il y a des attentats à la propriété ou aux personnes. Dans l'intérêt des enfants malades, de leurs familles et de la société, le préfet de police, M. Lépine, ferait acte d'humanité en donnant des instructions à ses agents pour qu'ils facilitent, au lieu de l'entraver, l'hospitalisation des enfants, idiots intellectuels, idiots moraux, épileptiques.

Enfin, et c'est par là que nous terminerons, les différentes administrations d'assistance publique devraient mettre libéralement à la disposition des citoyens les avis concernant les conditions à remplir pour être inscrit aux bureaux de bienfaisance, pour être admis dans les hôpitaux, les hospices, les fondations, les asiles de tous genres.

---

(1) Autrefois les enfants couchaient au dépôt, plusieurs dans la même cellule ou avec des adultes, et y restaient même plusieurs jours. Avec l'appui de la Commission de surveillance des asiles, nous avons obtenu qu'ils soient envoyés *le même jour* à l'Asile clinique et le lendemain dans les services spéciaux.

Il faut faciliter aux malheureux l'accession aux secours, l'assistance, l'hospitalisation. Il faut aussi que dans toutes les administrations, on les accueille, non pas d'une façon... disgracieuse, mais fraternellement, humainement.

BOURNEVILLE.

PLANCHE I.

Jeu de dominos en couleur.

Cette planche représente un jeu de dominos en couleur dont on se sert dans notre service de Bicêtre et de la Fondation Vallée, ainsi qu'à l'Institut médico-pédagogique, depuis une dizaine d'années (voir *Compte-rendu* pour 1895, p. IX). Nous avons appelé sur ce procédé d'enseignement des couleurs l'attention des visiteurs du service. Il a figuré à l'Exposition internationale de 1900 et à l'Exposition de l'enfance au Petit Palais en 1901. Si nous rappelons l'histoire du *jeu de dominos en couleur*, c'est qu'un médecin étranger, qui a visité notre service il y a quelques années, s'est laissé attribuer le mérite de cette petite invention qui porte son nom. *Sic vos non vobis.*



DEUXIÈME PARTIE

Clinique, Thérapeutique et Anatomie pathologique

I.

De quelques formes de nanisme et de leur traitement par la glande thyroïde;

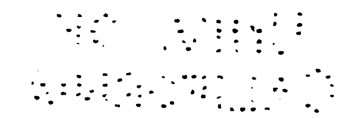
PAR BOURNEVILLE ET LEMAIRE.

Nous avons l'habitude, dans notre service, de prendre chaque semestre, le *poids*, la *taille*, les *mensurations de la tête*, l'évolution de la *puberté* de tous les enfants, de 2 à 18 ans — et au-delà quand cela est possible — pratique qui devrait être adoptée pour les enfants normaux. Nous disposons donc de documents considérables sur la *croissance* des enfants et des adolescents (1880-1903) (1), sur le développement et les anomalies des *organes génitaux*, sur l'évolution de la *puberté*. Notre but, aujourd'hui, n'est pas de les utiliser tous, de faire un travail d'ensemble, mais d'en détacher un chapitre spécial : *L'action de la glande thyroïde sur les enfants en défaut de croissance.*

Depuis bien des années, pour la première fois en 1880, nous publions des observations de malades appartenant aux diverses formes cliniques de l'idiotie et offrant en outre un *arrêt de développement physique* ou *nanisme* (2), plus ou moins prononcé.

(1) On en trouvera un grand nombre dans nos *Comptes-Rendus.*

(2) *Nain*, *nanus*, qui vient de νανος, et celui-ci de νανιον, *petit agneau*, ou ναννaρις, *délicat*. (Virey. *Dict. en 60 vol.*, t. XXXV, p. 145. — *Nanisme*, νανος, *nanus*, d'où l'on a fait nain, naine, nanisme (de Rochas, *Dict. encyclop.*)



Le nanisme n'a fait autrefois l'objet d'aucune étude vraiment scientifique. L'histoire des nains n'a été longtemps qu'une histoire anecdotique. Ce n'est qu'avec les anthropologistes (Deniker, Quételet, Topinard, etc.) que la question se précise. Les anthropologistes s'occupent surtout de définir le nanisme, d'en marquer les limites. Toutefois, ils reconnaissent, en particulier Topinard, qu'il est difficile de savoir où commence le nain. Ce même auteur avoue qu'il n'y a pas de démarcation entre les tailles basses et le nanisme.

La question du nanisme s'est, de nos jours, en quelque sorte, déplacée. Les neurologistes l'ont étudiée, à leur tour, dans de nombreux travaux qui pourraient faire l'objet d'une thèse ou d'une revue critique intéressante, au point de vue clinique et pathologique.

Définitions. — « On donne le nom de *nains* à tous les individus dont la taille est de beaucoup inférieure à la moyenne de leur espèce (1). » — « Le *Nanisme* est une anomalie de l'être humain caractérisée par une diminution de volume de toutes les parties du corps et par l'exiguïté de la taille qui varie entre 0 m. 60 et 1m. 20 (2). » Ces définitions n'ont rien de précis. La limite d'un mètre 20 est tout à fait arbitraire. Peut-être pourrait-on dire que le *nain* est un individu dont la taille est notablement inférieure à celle de son espèce et dont l'exiguïté de la taille est due à un arrêt de développement portant sur les diverses parties du corps (Garnier) et reconnaissant des causes diverses.

Nous ne nous occuperons pas des nains dans l'histoire, on trouvera des renseignements sur eux dans Buffon, Garnier (3), etc.

Variétés cliniques. — Les malades, chez lesquels nous avons observé le nanisme peuvent se grouper

(1) A. DE ROCHAS, *Dict. encycl. des sc. médicales*, Art. *Nanisme*.
(2) LANCEREAUX, cité dans *Dict. encycl.* — Tout le monde sait que le nanisme s'observe non seulement chez l'homme, mais chez les autres animaux et aussi chez les végétaux.
(3) *Nains et Géants*, *Biblioth. des Merveilles*, Hachette, éditeur.

ainsi 1° *Nanisme par arrêt de développement simple*, ou compliqué, soit d'*infantilisme*, soit d'*obésité*, soit de *rachitisme*, soit de *paralysie* ou de *diplégie spasmodique* ou non ; — 2° *N. Myxœdémateux*; 3° *N. Mongolien*. Un autre groupe pourrait être constitué par le *nanisme achondroplasique* (P. Marie, Poncet, etc.), mais nous le laisserons de côté, n'en ayant pas eu de spécimen dans notre service.

Nous avons observé un nombre assez considérable de malades appartenant à chacun de ces trois groupes : nous donnerons de chacun d'eux quelques exemples. Beaucoup ont été traités par la glande thyroïde (1). C'est *surtout* l'exposé des résultats de ce traitement que nous nous proposons de faire aujourd'hui.

§ I. — Nanisme par arrêt de développement simple.

OBS. I. — IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE ; NANISME.

Vailla. (Gabriel), né le 2 mars 1880 à Montlignon. (S.-et-O.), entre dans le service le 28 avril 1888.

Fils d'un père alcoolique et d'une mère névropathe et alcoolique, il présente un retard notable dans l'apparition de la parole, de la dentition, de la marche et de la propreté.

Sa puberté présente un léger retard. 1895 : état glabre de tout le corps. Testicules descendus du volume d'un haricot. Verge de 4 cm. de long sur 5 cm. de circonférence. *Taille*. 1.27.

1896. — En raison de son arrêt de développement physique (1 m. 27 au lieu de 1 m. 55), il est mis au *traitement thyroïdien* le 1er janvier jusqu'en novembre. Sa taille s'accroît de

(1) BOURNEVILLE. *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les idiots myxœdémateux, obèses ou atteints de nanisme*. (Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes de Nancy*, 1896, p. 372, et in BOULLENGER, *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance*, Thèse de Paris, 1896 ; — *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne*. (Congrès des aliénistes et neurologistes, session de Bordeaux, 1895, tome II, p. 151 ; — *Idiotie profonde avec nanisme et infantilisme ;* amélioration considérable. (*Compte-rendu* de 1902, p. 133 et *Archives de neurologie*, 1902, vol. XVI, p. 38), etc., etc.

3 cm. Pendant cette année, l'état de ses organes génitaux se modifie peu. Le corps est toujours glabre. Testicule, œuf de pierrot. Verge 4 cm. et 5 m.

1897. — *Deuxième traitement thyroïdien* du 1er février jusqu'au 31 décembre, avec une suspension du 30 mai au 20 juin. La taille s'accroît de 3 cm. 5.

1898. — *Troisième traitement thyroïdien* du 1er janvier au 13 août. La taille atteint 1,353 ; elle a crû pendant ce troisième traitement de 2 cm.

Le tableau ci-après indique les oscillations du *poids* pendant les différents traitements et les suspensions, ainsi que la marche de la croissance. Nous avons les mêmes tableaux pour tous nos malades, il serait fastidieux de les reproduire tous ; aussi nous contenterons-nous de celui de Vail..., comme modèle.

Traitement thyroïdien.

Mois	Dates	Poids	Taille
—	—	—	—
Décembre 1895.	31	32	1.27
Janvier 1896 (traitement).	10	32.800	1.27
—	17	31.200	1.275
—	25	31	1.28
Février 1896.	1er	30.400	1.28
—	7	29.900	1.288
—	14	29.900	1.288
—	21	29	1.288
—	29	30.100	1.288
Mars 1896.	10	32	1.288
—	19	32.400	1.288
—	28	32.400	1.288
Avril 1896	6	33.200	1.288
—	14	33.200	»
—	22	33.200	»
Mai 1896.	1er	33.200	»
—	13	33.200	»
—	21	33	»
—	29	33	»
Juin 1896.	7	32.500	1.29
—	16	32.500	1.29
—	24	32.500	1.29
Juillet 1896.	8	37.900	1.29
—	17	37.900	1.29
—	25	37.900	1.29

Août 1896.	2	36.400	1.295
— (suspension).	10	33.400	1.295
Septembre 1896.	15	34	1.30
— (reprise).	23	34	1.30
—	30	34	1.30
Octobre 1896.	9	36.600	1.30
—	15	36.600	1.30
—	25	36.600	1.30
Novembre 1896.	1er	37.700	1.30
—	9	37.700	1.30
—	18	37.700	1.30
— (suspension).	26	37.700	1.30
Février 1897 (2e traitement)	1er	33.500	1.31
—	9	33.500	1.31
—	15	33.500	1.31
—	24	33.500	1.31
Mars 1897.	5	33.500	1.31
—	13	33.500	1.31
—	21	33	1.312
—	29	33	1.312
Avril 1897.	6	34	1.315
—	14	34	1.315
—	22	34	1.315
—	30	34	1.315
Mai 1897.	8	34	1.315
—	16	34.200	1.315
— (suspension le 30)	24	34.300	1.315
Juin (reprise le 19 juin).	28	34.900	1.32
Juillet 1897.	6	34.900	1.32
—	14	34.900	1.32
—	22	34.900	1.32
—	30	34.900	1.32
Août 1897	7	34.900	1.32
—	15	34.900	1.32
—	23	34.950	1.33
Septembre 1897.	1er	34.950	1.33
—	8	34.500	1.33
—	17	34.500	1.33
—	25	34	1.33
Octobre 1897.	3	34	1.33
—	11	34	1.33
—	19	34	1.33
—	27	34	1.33
Novembre 1897.	4	34	1.33
—	12	34	1.33
—	20	34.500	1.33
—	28	34.500	1.33
Décembre 1897.	6	34.500	1.33

Décembre 1897.	14	34.500	1.33
—	22	35	1.335
—	30	35	1.335
Janvier 1898.	7	35.500	1.34
—	15	35.500	1.34
—	23	35.500	1.34
—	31	35.500	1.34
Février 1898.	8	35.500	1.34
—	16	35.500	1.34
—	24	35.500	1.35
Mars 1898.	4	35.500	1.35
—	12	35.500	1.35
—	20	35.500	1.35
—	29	35.500	1.35
Avril 1898.	6	35.500	1.35
—	14	35	1.35
—	22	35	1.35
—	30	35	1.35
Mai 1898.	8	35	1.35
—	16	35	1.35
—	24	35	1.35
—	31	35	1.35
Juin 1898.	9	35	1.35
—	17	35	1.35
—	25	35	1.35
Juillet 1898.	3	35	1.35
—	11	35	1.352
—	19	35	1.352
—	27	35	1.353
Août 1898 (suspension).	4	35	1.354

1899. *Février*. — L'enfant mesure 1 m. 39, il a donc continué de grandir depuis la suppression de la glande thyroïde. Malgré cela, il a encore 26 cm.5 en moins de la taille normale pour son âge (19 ans).

Tout son corps est glabre, sauf le pubis, qui présente quelques poils. Ses testicules sont de la grosseur d'un œuf de pigeon. Sa verge est longue de 8 cm. sur 8 de circonférence.

1900. — On constate l'apparition de duvet aux aisselles.

1903. *Décembre*. — *Puberté et organes génitaux*. — Fines moustaches formant une bande de poils courts (un cent.). Rien à la lèvre inférieure. Poils très peu abondants sur les joues, assez abondants de chaque côté du menton et au-dessous. Les poils sont plus fournis sur la joue gauche que sur la droite. Sous les *aisselles*, poils rares formant une bande de 6

cent. sur un cent. 1/2 à gauche ; de 7 cent. sur trois à droite. En dedans de chaque mamelon quelques poils, plus nombreux à gauche. Sur la partie moyenne du sternum, bande de poils rares mais assez longs. Traînée de poils de l'ombilic à l'appendice xiphoïde. Le dos, les fesses sont glabres. Poils rares sur la face postéro-externe des bras et avant-bras. Poils rares sur la face externe des cuisses. Poils chatains frisés, peu longs, occupant tout le pénil (14 cent. sur 5) commençant à envahir les aines et envoyant une traînée de poils rares jusqu'au nombril. Les bourses sont rétractées et les testicules sont de la grosseur d'un petit œuf de poule. Circ. de la verge, 9 cent. ; long. 9 cent. Gland découvert et normal. Poils assez abondants au périnée et autour de l'anus.

Tableau du poids et de la taille de 1895 *à* 1903.

	1895		1896		1897		1898	
Poids.	32	33.2	32	28.7	31.7	31.7	31.9	39.5
Taille..	1.24	1.25	1.27	1.29	1.31	1.32	1.33	1.38

1899		1900		1901		1902		1903
41.7	43.2	46.2	47	50	50.6	49.8	52.7	57 k.
1.39	1.42	1.43	1.45	1.45	1.43	1.46	1.48	1.47

Ce malade, dont la face et la tête, par leur volume et leur longueur exagérés et disproportionnés avec la taille rappellent l'aspect de l'acromégalique, présente sur le tronc de nombreuses lésions cutanées : molluscum, taches de couleur café au lait, cicatrices de brûlures, tannes, etc. Son état intellectuel s'est bien amélioré. Il est bon ouvrier tailleur. Le *traitement thyroïdien* a porté sa taille de 1 m. 27 à 1 m. 354, et semble avoir donné un coup de fouet à la croissance, qui a continué

jusqu'à ce jour (1 m. 47 en novembre 1903). Signalons les anomalies du développement du système pileux et le développement notable des organes génitaux qui ont les dimensions normales.

OBS. II. (*Résumée*). — IMBÉCILLITÉ. NANISME. CROISSANCE RETARDÉE.

Delc.. (Léandre-Adolphe), né le 7 octobre 1873, entre dans le service le 27 mars 1885. On trouve dans ses antécédents : père *nerveux* ; rien à signaler du côté des grands-parents paternels ; mère *nerveuse* ; mais jamais de crises ni d'attaques ; un oncle paternel, *alcoolique* ; un cousin germain du côté paternel s'est *suicidé*. Rien à relever à la conception ni pendant la grossesse. Début de la marche à 2 ans ; début de la parole à 6 ans. Gâtisme à l'entrée dans le service. Quelques *convulsions* vers l'âge de 6 ans. La mère ne peut préciser à quel moment on s'est aperçu de l'état de l'enfant. Envoyé à la campagne et perdu de vue pendant quelque temps par la mère, celle-ci constata seulement à son retour qu'il était *idiot*, onaniste, avec idées et gestes de rapports sexuels.

De 1893 à la fin de 1895, Delc.., n'a grandi que d'un centimètre par année ainsi que l'indique le tableau suivant :

	1893	1894	1895	1896
Poids........	39.500	36.400	39.500	37. »
Taille........	1.40	1.41	1.42	1.445

A partir du mois de janvier 1896, on donne un demi-lobe de glande thyroïde tous les jours. Les modifications sont les suivantes :

Mois	Date	Poids	Taille
—	—	—	—
Février	6	38.500	1.425
—	14	38	1.428
—	20	38	1.428
—	29	37	1.428
Mars........	10	38.400	1.430
—	18	38	1.430
—	28	38	1.430

Avril......	6	38	1.430
—	14	38.700	1.430
—	22	38	1.445
Mai.........	1	38.600	1.445
—	12	38.600	1.445
—	21	38.600	1.445
—	29	38.650	1.445
Juin.........	7	38.650	1.445
—	16	38.700	1.445
—	24	38.900	1.445

L'acccroissement a été de trois centimètres en cinq mois de traitement. Delc.., est âgé de 23 ans. Le poids, tombé en un mois de 38 k. 500 à 37 k., a été ensuite peu influencé et a oscillé autour du même chiffre.

Ce malade est passé en novembre 1898 dans un service d'adultes et a été transféré le 3 mai 1900 à l'asile de Montauban. Alors son poids était de 48 k. 500 et sa taille de 1 m. 49, soit 0.19 au-dessous de la moyenne (1 m. 68) à son âge (27 ans). Le traitement semble donc avoir déterminé une poussée de l'accroissement.

Le système pileux et les organes génitaux avaient un développement normal. Les lèvres, le menton, les joues, présentaient des poils noirs assez abondants et assez longs. Ils avaient les mêmes caractères, mais plus accusés sur le pénil, les bourses, le périnée et l'anus. La verge avait 11 cent. de longueur sur dix de circonférence. Les testicules avaient la grosseur d'un œuf de pigeon. En résumé, *nanisme relatif* sans infantilisme.

OBS. III. (*Résumée*). — HYSTÉRIE. NANISME.

Barb... (Louise), entre à la Fondation Vallée le 7 février 1893, âgée de 15 ans. Elle est née le 3 mars 1878.

Père, *nerveux* ; grand'mère maternelle très *nerveuse* ; un oncle paternel *violent, emporté* ; un autre oncle paternel *alcoolique*. Mère, nerveuse, *hystérique*, *migraineuse*. Quelques *hallucinations visuelles*.— Grand-père maternel *coléreux* ; un oncle maternel mort jeune de *convulsions*. — Inégalité d'âge de 3 ans au profit de la mère. Pas de consanguinité.

La mère a eu cinq enfants, dont un garçon mort à 6 ans de *méningite*. Grossesse troublée par de nombreux incidents :

vomissements pendant toute la durée de la grossesse, *céphalalgies*, *syncopes*.

Première dent à 8 mois ; début de la marche à 12 mois ; propre avant 18 mois, début de la parole avant 18 mois. Jamais de convulsions, *coléreuse* dans l'enfance, *chorée* à 14 ans, d'abord limitée au côté gauche, puis généralisée. Premières *règles* en mai 1892. Première *attaque d'hystérie* en avril 1892. Soignée à la Salpêtrière de janvier 1892 à septembre de la même année. *Attaques* fréquentes, accompagnées de contractures, plus fréquentes au moment des règles. Sommeil agité. Ne paraît pas avoir de rétrécissement du champ visuel, mais a une *hémianesthésie* de toute la moitié gauche du corps.

1896. 18 *février*. — *Traitement thyroïdien*. Sa taille étant de 1m43 au lieu de 1m56, à son âge, 18 ans, on lui donne de la glande thyroïde.

Tableau des poids et taille avant le début du traitement.

	1893		1894		1895	1896
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Janv.
Poids...	35	37.500	40.500	40	41	39.300
Taille..	1m39	1.41	1.42	1.42	1.43	1.43

Tableau des modifications du poids et de la taille pendant le traitement thyroïdien.

1er Traitement.

Mois	Date	Poids	Taille	Observations
Mars	26	39.300	1.43	Du 1er au 10 avril Angine
Avril	10	40.800	1.43	Suspens. de traitement.
—	17	41.100	1.43	
—	24	40.500	1.43	Du 27 avril au 31 mai. Trait. suspend.
Mai	8	41.	1.43	Températ. monte à 39°2.
—	15	40 600	1.43	Du 18 au 22. Suspension du traitem.
—	29	41.	1.435	Température 39°. Reprise le 23.
Juin	5	42.	1.435	
—	12	42.	1.435	
—	26	42.500	1.435	

En résumé, l'augmentation de la taille n'a subi qu'une faible augmentation d'*un demi-centimètre* en quatre mois de traitement. Notons que, de janvier 1895 à janvier 1896, la croissance avait été nulle. Barb... est âgée de 18 ans.

2e Traitement.

Mois	Date	Poids	Taille	Observations
—	—	—	—	—
1896				
Juillet	3	42.700	1.435	Glande thyroïde fraiche de mouton. 50 cent. tous les 2 jours.
—	10	42.900	1.435	
—	17	43.400	1.435	
—	24	40.800	1.435	
—	31	42.	1.435	
Août	7	41 900	1.435	Suspens. du 8 aout au 30 septembre.

3e Traitement.

Mois	Date	Poids	Taille	Observations
Octobre	1er	44.300	1.435	
—	9	44 500	1.435	
—	23	44.600	1.435	
Novembre	1er	44.500	1.435	
—	6	44 700	1.435	
—	13	43.900	1.435	
—	20	43.100	1.435	
—	27	44.	1.435	
Décembre	4	44.100	1.435	
—	11	44.500	1.435	Suspens. du 19 déc. 1896 31 janv. 1897.
—	18	44.800	1.435	

4e Traitement.

Mois	Date	Poids	Taille	Observations
1897				
Février	1er	44	1.435	
—	12	44	1.435	
—	26	43.500	1.435	
Mars	5	42.900	1.435	0 gr. 50 de glande jusqu'à 1 gr. 25.
—	12	42.500	1.435	
—	19	42	1.435	
—	26	42.200	1.435	
Avril	2	42	1.435	
—	9	42.200	1.435	
—	16	42	1.435	
—	23	42.200	1.435	
—	30	42.500	1.435	
Mai	7	42.400	1.435	
—	14	42.200	1.435	Suspension.

Voici l'état de la puberté en 1893 (entrée) et en 1897 (sortie).

	1893 Février	1893 Décembre	1897
Aisselles.	Glabres.	Poils peu abondants.	Poils longs, abondants.
Seins.	10 c.	14 c.	17 cent. sur 15, quelques poils autour des mamelons.
Pénil.	Poils sur la partie moyenne assez abondants 4 cent. sur 2 de haut.	Poils couvrant tout le pénil et les grandes lèvres et descendant jusqu'à l'anus.	Même état.
Grandes lèvres.	Pigmentées, quelques poils cachent les petites lèvres.	Volumineuses.	Volumineuses, saillantes.
Capuchon.	Recouvre un court clitoris.	Même état.	Volumineux, clitoris petit.
Petites lèvres.	Peu développées.	Même état.	Peu développées, triangulaires, courtes, pigmentées.
Hymen.	Orifice assez large pourtour frangé.	Même état.	Orifice 15 mm. Pourtour déchiqueté.

La malade prétend ne pas s'être touchée et ne pas avoir eu de rapports sexuels (?).

B... est sortie de la Fondation Vallée en janv. 1898. Elle a exercé pendant quelque temps la profession d'infirmière, puis s'est mariée. Elle a eu un enfant âgé maintenant d'environ 4 ans sur lequel nous n'avons pas de détails. Depuis, elle a fait une fausse couche à la suite de laquelle elle aurait été très malade. Son père serait mort il y a 18 mois, on ne sait de quoi. En raison de son développement génital, il s'agit là d'un cas de *Nanisme* sans infantilisme. *Résultat negatif* du traitement. Malheureusement, il ne nous a pas éte possible de retrouver la malade et de faire prendre la radiographie. Mais l'absence de croissance, dans un âge encore peu avancé, autorise à penser qu'elle avait les cartilages épiphysaires soudés.

L'observation suivante, qui aurait mérité d'être publiée complètement, est un bel exemple de *nanisme* compliqué d'une double *luxation congénitale* de la hanche et de *malformations* curieuses.

OBSERVATION V.— IMBÉCILLITÉ. LUXATION CONGÉNITALE DES HANCHES ; ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE SANS INFANTILISME. MALFORMATION DE L'OMBILIC ET DE L'HYMEN. ANOMALIE DU SYSTÈME PILEUX GÉNITAL ; TRAITEMENT THYROÏDIEN.

Deses... (E.-M.), née le 3 mars 1887, est entrée le 20 mai 1897 à la Fondation Vallée.

1900, 18 *déc.* — *Taille* : 1 m. 23 au lieu de 1 m. 40. *Poids* : 27 kil. 200. *Glande thyroïde* : 0 gr. 50 la 1re semaine, 0 gr. 75 la seconde, 1 gr. ensuite jusqu'à la fin de ce premier traitement (18 mars). A ce moment : taille : 1 m. 24 ; poids : 25 kil. 500. La radiographie montre que les cartilages épiphysaires sont ossifiés à leur partie moyenne et non dans leurs parties internes et externes (fémur, tibia et péroné).

A partir de là jusqu'en juillet 1902, la taille s'est élevée jusqu'à 1 m. 30. Sous l'influence d'un *second traitement* du 1er juillet au 30 septembre, accroissement d'un centimètre, mais ce traitement a été irrégulier par suite de manquements fréquents de glande. Le poids est descendu de 31 kil. 500 à 30 kil.

Troisième traitement du 1er janvier au 31 mars 1903. Le

traitement a été régulier ; la dose a été portée à 1 gr. 25. La taille n'a guère été modifiée (1 m. 31).

Quatrième traitement du 1er juillet au 30 sept. 1903. Aucune modification du poids et de la taille : La *radiographie*, faite à la fin de juillet, montre que les *cartilages sont tout à fait ossifiés.*

La malade a 16 ans. Les règles ont paru pour la première fois en juillet et, depuis, ont été régulières. Poils rares sous les aisselles. Seins : 12 cent. de hauteur sur 15 de largeur. *Pénil glabre.* La taille (1 m. 31) est de 211 mm. au-dessous de la taille moyenne à son âge (16 ans).

1904, 6 *juin.* — *Puberté et organes génitaux.* — Les *règles*, parues sans accidents en juillet 1903, ont toujours été régulières ; elles durent 4, 5 ou 6 jours.

Sous les aisselles, bande de poils châtain brun, assez longs, de 6 cent. sur 2. Le tronc, les membres, sont glabres. Les *seins*, égaux, sont assez développés (*Fig.* 17). Leur diamètre transversal est de 12 cent., le vertical de 11 cent. L'aréole mesure 3 centimètres, le mamelon, assez saillant, près d'un cent. Bande de poils recouvrant, dans toute leur hauteur, le bord et la face externe des grandes lèvres qui sont assez volumineuses. Le mont de Vénus n'existe pas, il y a une dépression assez profonde, sorte de gouttière qui, partant de la racine du clitoris, remonte jusqu'à l'ombilic. Au lieu d'un mont, il y a une vallée. Cette dépression sépare l'extrémité supérieure des grandes lèvres qui ne se rejoignent pas. Le clitoris, son capuchon et son gland sont plutôt un peu gros ainsi que les petites lèvres. L'*hymen*, circulaire, offre trois franges, deux latérales épaisses, assez longues, et une inférieure qui part de l'extrémité inférieure de la frange droite, mesure un centimètre et demi, descend au-dessous de la fourchette et est large de 5 à 6 millimètres (*Fig.* 19). Des côtés du clitoris, partent deux petites veines verticales rosées qui aboutissent à une veine bleue transversale.

L'*ombilic* présente une *malformation* curieuse. Il n'est situé qu'à quatre centimètres et demi du bord du pubis (1). Il forme une saillie légère, elliptique, presque lisse, à peu près sans rides. Le tronc, les membres, le périnée et l'anus sont glabres. *Poids* : 36 kilogr. au lieu de 46 kilogr. 800. *Taille* : 1 m. 31 (depuis janvier 1903) au lieu de 1 m. 546.

---

(1) Chez une fillette de même taille, âgée de 17 ans, la distance de l'ombilic au pubis est de *douze centimètres.*

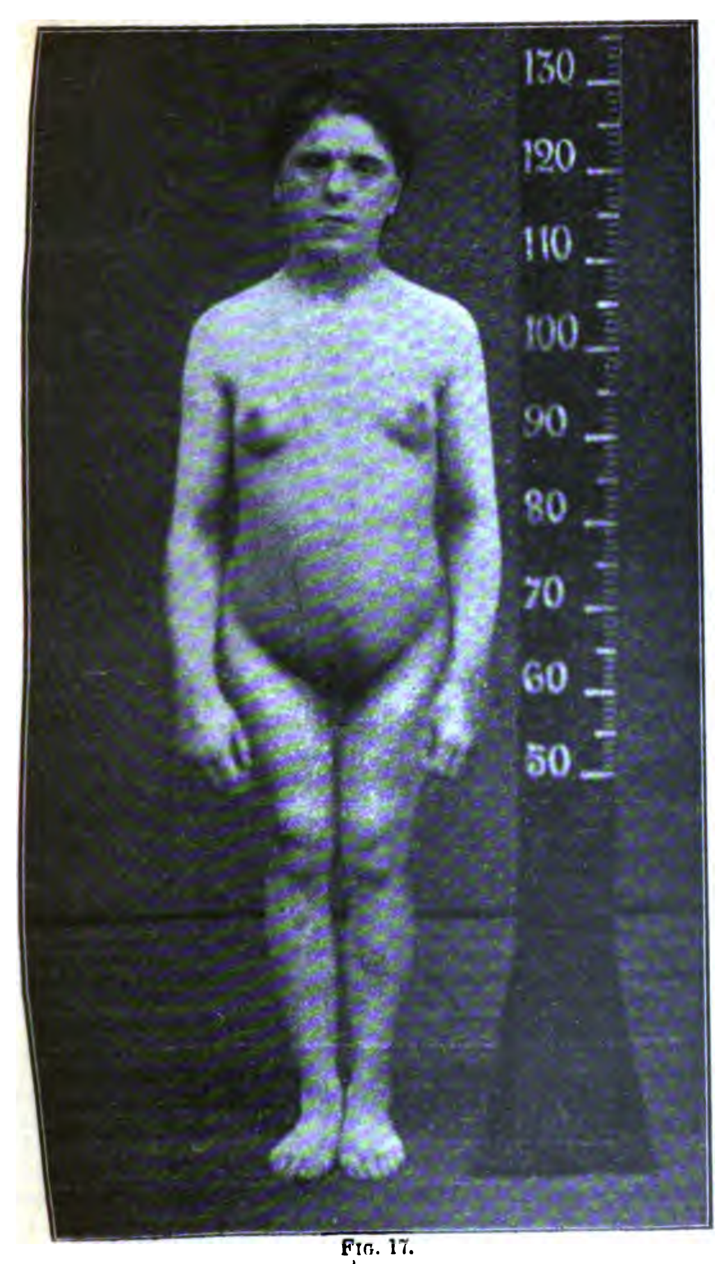


Fig. 17.

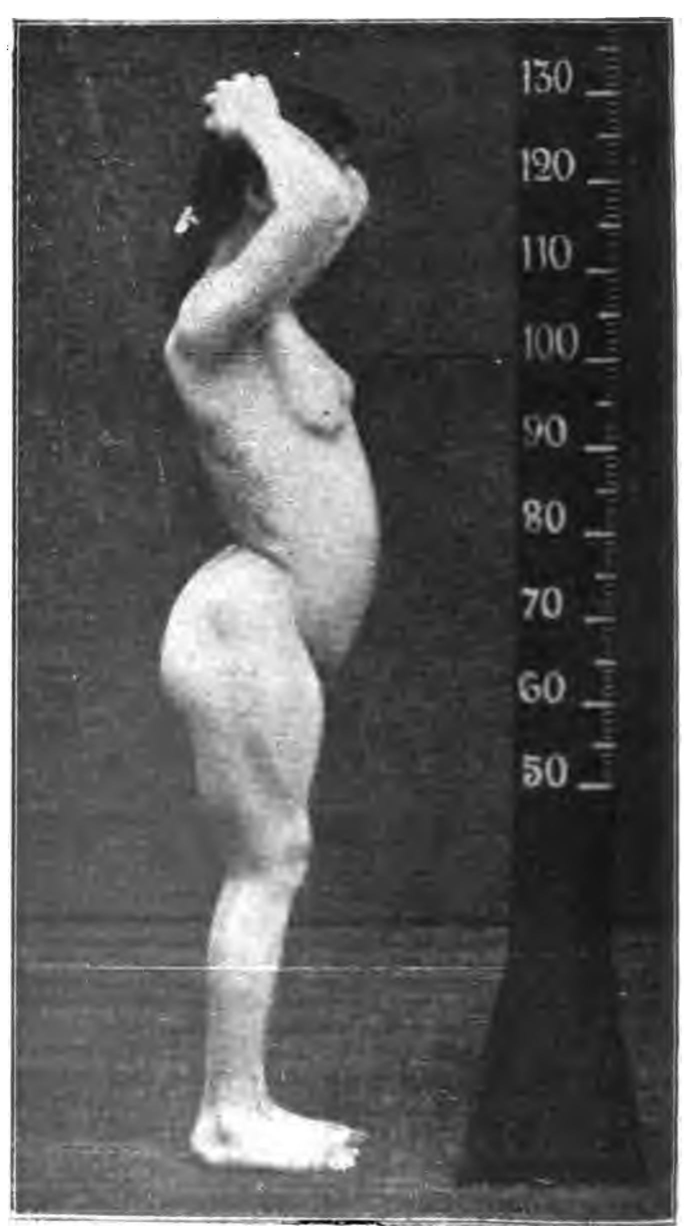


FIG. 18.

Au début du premier traitement, les cartilages épiphysaires du fémur, du tibia et du pérone étaient déjà ossifiés à la partie moyenne. Malgre cela, nous avons vu la taille monter de 1 m. 23 à 1 m. 24, 1 m. 31. Le *quatrième traitement* a été inefficace. Une nouvelle *radiographie*,



FIG. 19. — Malformation de l'ombilic et de l'hymen.

en nous montrant les cartilages entièrement ossifiés, nous en a fourni l'explication. Nous avons eu affaire ici à un vrai cas de *nanisme* sans infantilisme. Relevons la *malformation de l'ombilic*, du *mont de Vénus* et de l'*hymen*, et l'existence d'une double *luxation congénitale de la hanche* (*Fig.* 17 et 19).

OBS. VI. — IMBÉCILLITÉ AVEC PERVERSION DES INSTINCTS, NANISME ; CRYPTORCHIDIE UNILATÉRALE ; NANISME SIMPLE.

Dur.... (Emile H.), né le 20 octobre 1883, entré le 17 février 1890, transféré à Villejuif le 18 février 1903.

1898. 25 *janvier.* — *Poids* : 25 kil. 400, au lieu de 41 kil. 200 ; *Taille* : 1 m. 30 au lieu de 1 m. 51.

Du 25 janvier au mois de juillet, 1 gr. de glande. En juillet, 1 m. 32 et 27 kil. 600. Le gain a été médiocre. Nous aurions dû élever davantage la dose, car la radiographie indique l'absence de soudure des cartilages épiphysaires des genoux. D.. a été transféré à l'asile de Villejuif le 18 février 1903. Avant son départ, on note : moustaches naissantes ; duvet sur le reste de la face ; aisselles et tronc glabres. Pénil assez bien garni (8 cent. de large sur 3 de haut) ; un seul testicule de la grosseur d'un petit œuf de poule dans les bourses, on ne sent pas l'autre dans le canal inguinal.

OBS. VII. — IDIOTIE ; NANISME.

Charm.. (Victor), né le 4 janvier 1890, est entré dans le service le 27 juin 1892.

1898. 1er avril. — *Poids* : 20 kil. ; *Taille* : 1 m. 09, soit 13 cent. en moins (1 m. 22).

Du 1er au 8 avril 1899, 0 gr. 50 de glande ; du 9 avril au 31 octobre 1900, un gramme. A cette dernière date : *Poids* : 22 kil. ; *Taille* : 1 m. 17.

1901. *Second traitement.* — Du 4 janvier au 5 avril, un gramme ; du 9 avril au 22 mai, 1 gr. 25 ; à partir de là, les doses ont varié entre 0 gr. 75, 1 gr.. 1 gr. 25, suivant l'approvisionnement, jusqu'au 30 novembre. A cette époque : *Poids* : 24 kil. ; *Taille* : 1 m. 20.

1902. *Troisième traitement.* — 1er juin au 30 août, 0 gr. 25 ; 0 gr. 50 ; 0 gr. 75. A la fin, *Poids* : 27 kil. 4 ; *Taille* : 1 m. 28 ; soit 1 kil. 600 et 9 cent. et demi seulement en moins au lieu de 13 au début du traitement.

1904. *Janvier.* — *Poids* : 33 kil. 7 ; *Taille* : 1 m. 38, soit 3 kil. 4 et 89 mm. en moins. *Puberté* : Fin duvet aux extrémités de la lèvre supérieure; rien à la lèvre inférieure ni au menton, ni aux joues. Le tronc, en avant et en arrière, les bras, sont glabres. Aisselles glabres. Couronne de poils noirs assez longs, à la racine de la verge, formant une bande d'un cent. qui l'encadre. Cir. 6 cent., long. 7 cent. Pas d'onanisme. Gland pointu,

en partie découvert. Méat un peu étroit ; léger rétrécissement de la verge à la base du gland. Quelques poils assez longs au périnée et autour de l'anus.

1904. 1er *juin*. — *Poids* : 36 kil. 800 ; *Taille* : 1 m. 40, soit encore 8 cent. en moins (1 m. 48).

Obs. VIII. — Idiotie ; nanisme simple.

Beau.... (Charles), né à Paris le 20 juin 1884 ; entré le 3 décembre 1887.

1899. — *Poids* : 25 kg. 700 ; *Taille* : 1 m. 23. 1er Traitement du 1er avril au 5 août, 0 gr. 50, 1 gr. ; *Poids* : 25 kil. 60 ; *Taille* : 1 m. 24.

30 *septembre* 1899. — *Poids* : 25 kil. 700 ; *Taille* : 1 m. 24. 2me Traitement du 10 septembre au 31 janvier 1900, 1 gr. ; *Poids* : 22 kil. ; *Taille* : 1 m. 25.

1900. *Poids* : 22 kil. ; *Taille* : 1 m. 255. 3me traitement du 10 février au 5 octobre, 0,50, 0,75, 1 gr. ; *Poids* : 25 kil. ; *Taille* : 1 m. 29, soit en 18 mois un gain de 6 cent.

1901. *Janvier*. — *Poids* : 26 kil. ; *Taille* : 1 m. 295. 4me traitement du 1er janvier au 30 novembre, 1 gr. ; *Poids* : 29 kil. ; *Taille* : 1 m. 365.

1904. 1er *juin*. — *Poids* : 41 kil. ; *Taille* : 1 m. 52, soit encore 15 cent. en moins (1 m. 67).

Obs. IX. — Imbécillité ; nanisme simple relatif.

Nicol... (J.-B.-R.-P.), né le 12 juillet 1886 ; entré le 27 septembre 1899.

1900. 1er *février*. — Ce malade mesure 1m355 et pèse 34 k. 200, soit 12 cent. et un kilogramme en moins que la moyenne à son âge.— *Traitement thyroïdien* : 0 gr. 25 du 1er au 8 février ; — 0.50 du 9 au 16 février ; 0.75 du 17 au 25 février ; 1 gr. du 26 au 28 février ; 1 gr. 25 du 1er mars au 31 juillet 1901. — A partir de là, l'approvisionnement en glande faisant défaut, il a pris tantôt 0.75, tantôt 1 gr., jusqu'au 30 novembre. Poids 37 kg. ; taille, 1m435. *Gain* : huit centimètres. Les organes génitaux et le système pileux sont bien développés.

1904. 1er *juin*. — Poids : 56 k. 700 ; taille : 1m61, d'où une différence minime en moins de 2 centim. (1m63).

OBS. X. — IDIOTIE ; ÉPILEPSIE ; CROISSANCE RETARDÉE. GUÉRISON DE L'ÉPILEPSIE.

Dura... (Alexandre), né le 10 mai 1887, est entré le 10 avril 1891.

Ce malade a eu, en 1891, 103 accès d'épilepsie et 1 accès en 1892. Depuis lors jusqu'à la fin de 1903, il n'a pas eu d'accès.

1899. — Poids 33 k. 300 ; taille 1 m. 32 (au lieu de 1 m. 38). Premier traitement du 20 juin au 28 février : 0 gr. 50, — 1 gr., — 1 gr. 25. Poids 36 kg.; taille 1 m. 350.

1900. Poids : 36.500 — taille 1 m. 352. Deuxième traitement du 1er mai au 28 février 1902, 1 gr. et 1 gr. 25. Poids 37 kg. ; taille 1 m. 425, soit 85 m/m. en moins (1 m. 51). L'enfant a continué de grandir régulièrement.

1904. 1er *juin*.— Le *poids* est de 57 k. 200 ; la taille de 1 m. 58. c'est-à-dire à peu près normale (1 m. 59). — *Pas d'infantilisme.*

Cet enfant a eu en 1891 *cent trois* accès d'épilepsie, un en 1892 et *rien* depuis cette époque. On peut donc le considérer comme *guéri de l'épilepsie.*

OBS. XI. — IMBÉCILLITÉ ; NANISME SIMPLE.

Herv... (Albert), né le 18 juillet 1883, à Paris ; entré le 6 octobre 1898.

1899. — *Poids* : 32 kg. 100 ; *taille* : 1 m. 292, soit en moins 26 cent. — 1er *traitement* du 20 février 1899 au 18 octobre 1900 ; 0 gr. 50 du 5 au 26 février ; 0 gr. du 27 février au 28 février 1900 ; 1 gr. 25 du 1er mars au 18 octobre. Alors, poids : 34 kilos 600 ; taille : 1 m. 36.

1901. — 1er janvier au 30 nov. : 2e *traitement.* — 1 gr. 25 jusqu'au 14 juillet. A partir de là, la dose a varié entre 0 75 et 1 gr. jusqu'au 30 novembre. Poids : 38 kg. Taille : 1 m. 42.

1902. — *Troisième traitement* du 1er mars au 31 mai : 0 gr. 25 du 1er au 10 mars; 0.50 du 11 au 24 mars, 0 gr. 75 du 25 mars au 4 avril ; 1 gr. du 5 avril jusqu'au 31 mai. Poids : 10 kg. ; taille : 1 m. 47, soit à la fin de ce troisième traitement un gain de dix-huit centimètres. — Développement régulier du système pileux et des organes génitaux.

1904. — 1er *juin.* — Poids : 48 kg. ; taille : 1 m. 54, d'où une différence en moins de 13 centim (1 m. 67).

OBS. XII. — IMBÉCILLITÉ ; ÉPILEPSIE ; NANISME SIMPLE.

Jobel... (Albert), né le 8 mars 1884, entré le 30 juin 1892, passé aux adultes le 11 juin 1902.

1899. — Taille : 1 m. 51. Poids : 48 k. 500.

Traitement du 27 octobre 1899 au 31 mars 1900 : 0 gr. 25 ; 0 gr. 50 ; 1 gr. ; 2 gr. ; 2 gr. 25 ; 3 gr. ; 3 gr. 25 ; 3 gr, 50. Taille : 1 m. 53 ; poids : 52 k. 500, soit un gain de 2 centim.

1904, 10 *juin*. — Poids : 52 k. 600 ; taille : 1 m. 59, soit 11 centim. au-dessous de la moyenne de son âge (1 m. 67.)

Les organes génitaux et le système pileux sont tout à fait normaux.

OBS. XIII. — ARRIÉRATION INTELLECTUELLE ; NANISME SIMPLE.

Delom... (Louise-Andrée), née le 4 juillet 1892, entrée le 8 septembre 1897.

1898. 6 *juillet*. — L'enfant ayant 13 cent. de moins (0 m. 92) que la taille moyenne à son âge (1 m. 05), nous lui donnons 0 gr. 50 de glande thyroïde. On la supprime le 30 juillet, à cause de l'elevation de la température.

1899. 2 *janvier*. — Reprise de la glande, 0 gr. 50 pendant une semaine, 0 gr. 75 durant la seconde semaine, puis 1 gr. Suppression de la glande le 19 janvier, à cause de l'élévation de la température. Taille : 0 m. 98.

Du 26 déc. 1899 au 15 avril 1900. Traitement par la glande. Poids : 18 k. Taille : 1 m. 03.

1900. Du 5 septembre au 5 déc. — Glande : 0 gr. 25, 0 gr. 50, un gramme. La taille est à 1 m. 08.

1901. 1er septembre. La radiographie montrant que les cartilages ne sont pas ossifiés, on reprend la glande, 0 gr. 50, 0 gr. 75, un gramme, 1 gr. 25. Suspension de la glande le 25 nov. (pneumonie). Taille 1 m. 12.

1902. Du 2 juillet au 27 septembre. Glande de 0 gr. 25 à 1 gr. Taille : 1 m. 17.

1903. Du 2 janvier au 31 mars. Glande, même dose. L'enfant a gagné 35 mm. Taille : 1 m. 205. — Du 1er juillet au 30 septembre, glande. Taille : 1 m. 235.

1904. Du 10 *janvier* au 31 mars : Glande. En *janvier* : Poids : 28 k. ; Taille : 1 m. 24. Fin mars : Taille : 1 m. 28, d'où gain de *quatre centimètres*.

La malade a continué de grandir. Le 1er *juin*, on note : Poids : 30 k. 500. Taille : 1 m. 30. La malade n'a plus en moins que 5 cent. au lieu de 13 au début.

Puberté : aisselles glabres, seins naissants, 8 cent. transversalement ; 0,07 c. verticalement ; aréoles rosées, légèrement bombées 0,02 cent. ; mamelons, 0,003 mm. Poils peu abondants à la partie inférieure du mont de Vénus, formant une bande de 0,04 c., transversalement sur 0,02 de hauteur. Les poils sont disposés comme des rayures transversales. Quelques poils courts et rares sur la face externe des grandes lèvres. Celles-ci sont peu volumineuses et laissent voir en haut le capuchon, le clitoris et le gland assez développés. Les petites lèvres ont 0,01 de long. sur 3 à 4 mil. de large. Hymen frangé, un peu dilaté, laissant pénétrer facilement l'extrémité de l'index ; quelques poils au périnée et autour de l'anus.

Obs. XIV. — Idiotie complète ; microcéphalie très prononcée ; croissance retardée ; amélioration considérable.

Maz... (Henri), né le 2 juillet 1885, est entré à Bicêtre le 3 déc. 1887.

C'était le type du microcéphale. Nous l'avons montré à propos d'une communication sur la microcéphalie au *Congrès international des aliénistes* de 1889 ; il était alors *idiot complet* (marche, préhension, attention, parole nulles, gâtisme) ; (*Fig.* 20, 21). Peu à peu, il s'est produit une heureuse modification (*Fig.* 22) ; nous l'avons montré ensuite, à la session de 1900 du même Congrès. Il s'était considérablement amélioré par le traitement médico-pédagogique, grâce à l'habileté et au dévouement d'une de nos surveillantes qui l'avait pris plus particulièrement en affection. Ce n'était plus un idiot complet et si, à ce moment, on l'avait vu pour la première fois, on aurait porté le diagnostic d'*imbécillité* (*Fig.* 23 et 24). L'amélioration a continué malgré un retard occasionné par une ophthalmie grave. Depuis qu'elle est guérie, les progrès ont repris (1).

Au mois de novembre 1899, Maz..., étant âgé de 14 ans, nous avons constaté que la croissance physique était en

(1) Notre ami, le Dr H. Thulié, a publié son observation détaillée dans son beau livre : *Le Dressage des jeunes dégénérés ou Orthophrénopédie* (p. 658-673). Paris, 1900.

désaccord avec son âge : 1 m. 259 au lieu de 1 m. 469, par conséquent 21 cent. en moins. Afin d'améliorer son état physique, comme nous avions amélioré son état intellectuel, et la radiographie indiquant la persistance des cartilages épiphysaires, nous le soumettons au *traitement thyroïdien*.

Premier traitement, du 2 nov. 1899 au 8 fév. 1900 : 0 gr. 50 ;



FIG. 20. — Maz... en 1887 (2 1/2 ans).

— du 9 fév. au 15 juillet, 0 gr. 75 ; — du 16 juillet au 30 nov. 1901, 1 gr. ; — du 1er déc. 1901 au 15 déc. 1 gr. 25. ; — du 16 déc. au 31, 1 gr. 50. *La taille est de* 1 m. 50. La taille moyenne à son âge (16 ans) étant de 1 m. 55, il n'est plus en retard que de 5 cent.

Deuxième traitement. Du 1er au 8 mars 1902, 0 gr. 25 de glande ; — du 9 au 16, 0 gr. 50 ; — du 10 au 24, 0 gr. 75 ; —

du 25 mars au 1[er] août, 1 gr. La taille est de 1 m. 515. Depuis lors, la taille a continué de s'accroître et le 1[er] janvier 1904 il mesurait 1 m. 54 au lieu de 1 m. 642 à son âge (17 ans et demi). Il n'est plus en retard que de 10 centimètres (au lieu



FIG. 21. — Maz... en 1888 (3 1/2 ans).

de 21). Pour le rapprocher le plus possible de l'état normal. nous l'avons soumis à un *troisième traitement.*

Troisième traitement : du 15 janvier au 30 avril 1904. La *glande thyroïde* lui a été administrée de la façon suivante : 1[re] semaine, 0,75 ; 2[e] semaine, 1 gr. ; 3[e] semaine, 1 gr. 25, jusqu'au 31 mars. Le *poids* était alors de 39 kil. 100, la *taille*

de 1 m. 55, soit un gain d'un cent. seulement. Maz.. est encore de 10 cent. au-dessous de la moyenne (1 m. 65 à son âge, 19 ans). (*Fig.* 25 et 26.)

Puberté (15 juin). — Lèvre supérieure, moustache naissante, blonde. Lèvre inférieure, très léger duvet. Menton glabre. Joues, poils blonds, assez longs. Très léger duvet



FIG. 22. — Maz... en 1880 (5 ans).

autour des seins : à part cela, le thorax est glabre. Quelques poils seulement à la région sous-ombilicale et sur la ligne médiane. Pénil : poils blonds, abondants, pas très longs, n'envahissant pas les aines, formant une bande longue de 12 cm. sur 5 cm. de hauteur. Verge : long. 9 cm. 1/2, circonférence. 8 cm. 1/2. Gland recouvert par le prépuce, dé-

couvrable. Bourses parsemées de quelques poils blonds plus abondants à leur racine. Testicules du volume d'un œuf de pigeon. Bras, avant-bras, cuisses, fin duvet. Jambes, poils courts. Aisselles : poils blonds, fins, assez longs, formant une bande de 6 cm. sur 2 cent. 1/2.



FIG. 23. — Maz... en 1899 (14 ans).

Le résultat de ce dernier traitement est inférieur à ceux des traitements antérieurs. Nous recommencerons prochainement.

Les fig. 20, 21, 22, 23, 24, 25 et 26 permettent de se rendre un compte exact de l'amélioration extraordinaire et même inattendue réalisée chez cet idiot complet, microcéphale

à un degré très prononcé, qu'on pourrait considérer aujourd'hui comme un simple *arriéré*. Son observation montre qu'on peut espérer avoir une transformation au moins semblable chez les enfants atteints simplement d'imbécillité ou d'arriération intellectuelle.



FIG. 24. — Maz... en 1900 (15 ans).

OBS. XV. — IDIOTIE COMPLÈTE; AFFAIBLISSEMENT PARALYTIQUE DU COTÉ GAUCHE ; NANISME SIMPLE.

Nig...(Jules), né le 19. fév. 1878. Entré le 5 avril 1883. Passé à la 5e-2e le 2 avril 1902. Transféré à Tours le 30 octobre 1903.

1900. Poids : 40,600; taille : 1m 43, au lieu de 1m67, soit 24 cent. en moins. Traitement du 20 juin au 25 novembre 0,50 ; 1 gr.

1 gr. 25. Poids : 42 kil. Taille : $1^{m}46$, soit un gain de 3 cent. durant cet unique traitement.

OBS. XVI. — IDIOTIE ET ÉPILEPSIE; CROISSANCE RETARDÉE.

Bis... (Camille), né le 2 août 1884 ; entré le 28 janvier 1892,



FIG. 25. — Maz... en 1904 (19 ans).

transféré à l'Asile de Villejuif le 12 octobre 1902 ; réintégré à l'hospice de Bicêtre (5e-2e) le 27 décembre 1902.

1897. Poids : 31 k. 200, taille : 1m355, soit 7 c. 5 en moins. Traitement du 20 janvier au 31 mars. Poids 31 k 300, taille, 1m375, soit un gain de 2 cent. (Tablettes de Flourens).

1904. 12 *juin.* — Poids ; 60 k.; taille 1m70, soit 3 cent. *au-dessus* de la taille moyenne de son âge, 1m67.



FIG. 26. — Maz... en 1904 (19 ans).

Nous avons profité du retour de ce malade à Bicêtre pour reprendre son poids et sa taille. Tandis qu'*avant*

le traitement thyroïdien, la taille ne se développait pas; *après* ce traitement, elle s'est accrue jusqu'au point de dépasser la moyenne.

Peut-être infantilisme par le peu de développement du système pileux (moustaches fines, rien sous les aisselles), mais le pénil est bien garni, la verge et les testicules sont bien développés.

OBS. XVII. — IMBÉCILLITÉ AVEC PERVERSIONS INSTINCTIVES ; NANISME.

Desrond... (Georges); né le 3 février 1884, entré le 27 janvier 1900, sorti le 18 juin 1902.

1901. Poids : 37 k. Taille : 1m46 (au lieu de 1m59). Traitement du 1er décembre 1901 au 30 avril 1902. Dose 0,25. 0,50, 0,75. 1 gr. Poids : 38.700. Taille : 1m47 au lieu de 1m59. Le malade n'a pu, étant sorti, être remis en traitement.

OBS. XVIII. — IDIOTIE ; NANISME SIMPLE.

Boissi... (Edouard), né le 18 octobre 1875, entré le 8 septembre 1879 ; transféré à l'Asile de Villejuif le 5 décembre 1899.

1897. Poids : 32 k. 100. Taille : 1m39, au lieu de 1m67, soit 28 c. en moins. 1er Traitement du 1er avril au 31 juillet 1897. 1 gr. 1 gr. 25, 1 gr. 50, 1 gr. 75. Poids : 33 k. 800. Taille : 1m 405. — 2e traitement. (Poids : 34 k. Taille : 1m405) du 1er octobre au 28 février 1898 : 1 gr., 1 gr. 50, 1 gr. 75, 2 gr. Poids : 34. Taille : 1.405.

1899. Poids : 38. Taille : 1.405. Troisième traitement du 18 février au 30 novembre 0.50. 1 gr. Poids : 41 k. Taille : 1.42, soit à la fin de ce 3e traitement une augmentation de 3 centimètres.

OBS. XIX. — ARRIÉRATION INTELLECTUELLE; ÉPILEPSIE; NANISME SIMPLE.

Jaqua... (Alfred-Gaston), né le 3 janvier 1882 ; entré le 31 octobre 1898 ; transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars 1902.

1900. Poids : 36 k. 100. Taille : 1.41, au lieu de 1m63, soit 22 c. en moins. 1er traitement du 1er février au 31 octobre : 0 gr. 25, 0 gr. 50, 0 gr. 75, 1 gr. 1 gr. 25. Poids : 38 k. Taille : 1.445.

1901. Poids : 39 k. Taille : 1,45. Du 8 janvier au 30 novembre 1 gr. 1 gr. 25. Poids : 39. Taille : 1,52.

1902. Poids : 38 k. Taille : 1m52. 3e traitement du 1er février au 20 mars, 1 gr. Poids : 39 k. taille : 1.525.

Durant ces trois traitements, la taille s'est accrue de 11 c. 1/2. Il est probable que si nous avions pu continuer le traitement, nous aurions rapproché la taille de ce malade jusqu'à la normale.

OBS. XX. — ÉPILEPSIE ; DÉCHÉANCE ; NANISME SIMPLE.

Mart... (Gustave), né le 10 juillet 1880, entré le 8 février 1895 ; transféré à l'asile de Villejuif, le 12 octobre 1902.

1900. Poids : 38 k. ; taille : 1 m. 40 au lieu de 1 m. 65 ; 1er traitement du 1er février au 31 octobre : 0 gr. 25, 0 gr. 50, 0 gr. 75. 1 gr. Poids : 36 k. ; taille : 1 m. 41.

1901. Poids : 39 k. 500 ; taille : 1 m. 41. 2e traitement du 1er janvier au 20 avril : 1 gr., 1 gr.50, 1 gr.75 ; poids : 37 k. ; taille 1 m. 41. — Mai : poids : 37 k. taille : 1 m. 41. 3e traitement du 10 mai au 31 décembre : 0 gr. 50, 0 gr. 75, 1 gr. ; poids : 38 k. ; taille : 1 m. 49, soit une *augmentation* de neuf centim. durant ces trois traitements.

OBS. XXI. — IDIOTIE ; NANISME SIMPLE.

Arbo... (Léon), né le 30 septembre 1878. Entré le 15 décembre 1891, passé dans une section d'adultes (5e-1re) le 8 juin 1900. Transféré le 2 septembre 1901 à Saint-Alban.

1897. Poids : 28 k. 700 ; taille : 1 m. 33. Traitement du 1er avril au 31 juillet 1898, 1 gr., 1 gr. 25, 1 gr. 50, 1 gr. 75 ; poids : 31 k. ; taille : 1. 385.

1899. Poids 38.600 : taille : 1.415, traitement du 18 février au 31 mai : 0 gr, 50, 1 gr. ; poids : 36 k. ; taille : 1 m. 42 ; soit une *augmentation de 9 centim. durant les deux traitements.*

OBS. XXII. — IDIOTIE CONGÉNITALE ; NANISME SIMPLE.

Barbre.. (Joseph), né le 7 août 1881, entré le 6 mai 1892 ; transféré le 24 février 1900 à l'asile de Villejuif.

1899. Poids ; 39 k. 500 ; taille : 1 m. 48, au lieu de 1 m. 63 ; 1er traitement du 18 février au 31 mai, 0 gr. 50, 1 gr. Poids ; 39 k. 500 ; taille : 1 m. 485, soit une simple augmentation de un demi-centimètre.

OBS. XXIII. — IMBÉCILLITÉ ; ÉPILEPSIE ; NANISME.

Friq... (Lucie-Céline), née le 7 septembre 1886, entrée le 4 mars 1901.

1901. Poids : 43 kg. Taille : 1 m. 41. *Premier traitement* du 1er juin au 31 août, 1 gr. Poids : 41 k. 400. Taille : 1 m. 42. Gain : 1 cent.

1902. Poids : 44 k. Taille : 1 m. 44. *Second traitement.* Du 1er août au 31 octobre; 0,75 à 1 gr. 25. Poids : 41 k. Taille : 1 m. 445. Gain : 5 mm. En 1902 : 109 accès, 74 vertiges ; — en 1903 : 112 accès, 63 vertiges.

1904. *Juin.* Poids : 44 k. Taille : 1 m. 445, au lieu de 1 m. 56, soit en moins 11 cent. 5. La *radiographie* ayant montré l'ossification des cartilages, nous n'avons pas continué le traitement.

Puberté : Les règles ont paru en avril 1901, sans accident et ont été régulières ; elles durent 2 ou 3 jours et sont assez abondantes. Pas d'onanisme. Poils roux sous les aisselles, formant une bande de 6 cm. sur 2, un peu courts. Seins : 14 cm. de largeur sur 12cm.7 de hauteur. Aréoles : 3 cm. assez fortement rosées avec une couronne de tubercules à droite (16) et 3 tubercules à gauche. Mamelons 6 mm. de diamètre, un peu saillants. Poils roux, dorés formant une bande de 9 cm. sur 4 sur le pénil, gagnant presque les aines ; ils sont frisés, longs, recouvrent le bord et toute la face externe des grandes lèvres jusqu'au pourtour de l'anus. Les grandes lèvres sont assez volumineuses. Capuchon, clitoris, gland très petit, ainsi que les petites lèvres, qui ont environ 2 cm. de longueur sur 6 cm. de largeur. L'orifice de l'hymen est circulaire, légèrement frangé. Rougeur assez prononcée de la vulve. Leucorrhée.

La malade est une naine bien conformée, bien développée au point de vue de la puberté, sans aucune trace d'infantilisme. La médication thyroïdienne n'a pas eu d'action sur la marche de l'épilepsie.

OBS. XXIV. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE ; NANISME SIMPLE.

Imbau... (Louise-Jeanne), née le 13 août 1890, entrée le 9 juillet 1896. Elle pesait alors 12 kil. et mesurait 1 m. au lieu de 1 m. 03.

1901. Poids : 20 kg. 500. Taille : 1 m. 16. *Premier traitement*

du 1er juin au 30 août, 0 gr. 25 à 0 gr. 75. Poids : 18 kg. 800 ; Taille 1 m. 18 : Gain : 2 cent. En moins 12 cent. (1 m. 30).

1902. Poids 22 kg. 500 ; Taille : 1 m. 21. *Second traitement* du 1er août au 31 octobre, 0 gr. 50 à 1 gr. 25. Poids : 20 kg. 200; Taille : 1 m. 225. Gain : 15 mm.

1903. Poids : 24 kg. ; Taille : 1 m. 225. *Troisième traitement* du 1er janvier au 31 mars, 0 gr. 25 à 1 gr. Poids : 24 kg. Taille : 1 m. 25 Gain : 25 mm. En moins 15 cent. (1 m. 40).

1904. *Juin.* Poids : 26 kg. ; Taille : 1 m. 28 au lieu dé 1 m. 44 ; en moins 16 cent.

Puberté : Poils courts formant une bande de 3 cm. sur 1 cm. sous les aisselles. Seins nuls. Une dizaine de poils à l'extrémité supérieure des grandes lèvres, formant de chaque côté un petit bouquet, plus long à gauche. Fin duvet à la partie inférieure du pénil. La grande lèvre gauche est assez saillante, bombée ; la droite est plutôt aplatie. Elles n'offrent qu'un peu de duvet, surtout à gauche, et laissent voir entre elles le clitoris, son capuchon bien développé avec un gland normal. Les petites lèvres ont environ 1 cm. de haut et de large. Le capuchon et les petites lèvres font saillie entre les grandes lèvres. L'ouverture de l'hymen a la forme d'un cœur lorsqu'on écarte les petites lèvres. Les bords ne sont pas frangés. Périnée et anus glabres.

Ce cas offre une particularité intéressante. A 6 ans, sa taille n'était en moins que de trois centimètres, c'est-à-dire que l'arrêt de développement était presque insignignifiant. Il s'accentue de 6 à 14 ans et se traduit par une diminution de *douze* cent. qui continue, malgré un gain à chacun des trois traitements, jusqu'en 1904, où l'enfant est en retard de 16 cent. Le nanisme n'est ni congénital, ni de la première enfance, mais de la seconde.

OBS. XXV. — ARRIÉRATION INTELLECTUELLE ; IMPULSIONS GÉNITALES ; ONANISME SEULE ET A DEUX.

Rond... (Juliette-Augustine), née le 11 juin 1890. Entrée le 26 juin 1900, rendue à sa famille le 4 avril 1903.

1902. Poids : 30 kg. ; Taille 1 m. 24 au lieu de 1 m. 35. soit 11 cent. en moins. 1er traitement du 4 mai au 4 juillet, 0 gr. 50 à 1 gr. 25. Plusieurs suspensions. Poids 27 kg. 500 ; Taille : 1 m. 27.

1903. *Janvier*. Poids : 30 kg. 500 ; Taille : 1 m. 27. 2me traitement du 1er janvier au 31 mars : 0 gr. 25 à 1 gr. Poids : 30 kg. ; Taille : 1 m. 30, au lieu de 1 m. 40, soit en moins 10 cent. Non réglée.

OBS. XXVI. — IMBÉCILLITÉ AVEC PERVERSIONS INSTINCTIVES ; NANISME SIMPLE.

Beuck... (Sophie), née le 20 octobre 1883. Entrée le 29 avril 1898, transférée le 6 janvier 1902.

1899. Poids : 29 kg. 500 ; Taille : 1 m. 21. 1er traitement mars 1899 au 9 juin : 0,75 ; 1 gr. ; 1 gr. 25. Poids : 27 kg. : Taille : 1 m. 24. — 2me traitement. Poids : 32 kg. Taille : 1 m. 25, 1 gr. tout le temps. Du 1er décembre au 31 mars 1900. Poids : 31 kil. ; Taille : 1 m. 27, soit 25 cent. en moins. Bien conformée. Réglée à 10 ans.

OBS. XXVII. — IDIOTIE PROFONDE ; NANISME.

Nègr... (Mathilde-Julie), née le 6 juin 1893, entrée le 24 juin 1899.

1902. Poids : 15 kg. ; Taille : 1 m. 1er traitement du 1er mars au 31 mai : 0 gr. 25 à 0 gr. 50. Poids : 15 kg. 5. Taille : 1 m., soit en moins 195 mm.

1er *Juillet*. Poids : 15 kg. ; Taille : 1 m. 2me traitement du 1er juillet au 30 septembre ; 0 gr. 25 à 0 gr. 50. Poids 16 kg. ; Taille : 1 m. 01.

Troisième traitement. Du 1er novembre 1902 au 15 septembre 1903 ; 0 gr. 25 à 0 gr. 50. Poids : 17 kg. ; Taille : 1 m. 05.

1er *Nov*. 1903. Poids : 18 kg. ; Taille : 1 m. 07. *Quatrième traitement* du 1er novembre au 15 décembre ; 0 gr. 25 à 0 gr. 50. Poids : 17 kg. 500 ; Taille : 1 m. 08.

1904. *Juin*. Poids : 17 kg. ; Taille : 1 m. 08, au lieu de 1 m. 30 ; en moins 21 cent.

Sa taille n'a pas bougé depuis le dernier traitement, c'est-à-dire depuis six mois, aussi la remettrons-nous à la glande.

OBS. XXVIII. — IMBÉCILLITÉ ; ÉPILEPSIE ; NANISME.

Baud... (Blanche), née le 14 mai 1886, entrée le 8 juin 1898.
1900. *Janvier*. — Poids : 31 kg. 500 ; Taille ; 1 m. 28. 1er trai-

tement du 15 janvier au 15 avril : 0 gr. 50, 0 gr. 75 et 1 grammes. Poids : 31 kg. 600 ; Taille : 1 m. 30.

1900. 18 *Décembre*. Poids : 35 kg. ; Taille : 1 m. 32. 2me traitement du 18 décembre 1900 au 18 mars 1900 : 0 gr. 75 à 1 gr. 50. Poids : 33 kg. 500 ; Taille : 1 m. 33.

1901. *Juin*. Poids : 47 kg. ; Taille : 1 m. 42, en moins 14 cent.

Puberté : Sous les aisselles, bande de poils de 5 cm. sur 2, courts, assez fournis : Seins : diamètre transversal : 14 cm. 1/2 à droite, 13 cm. à gauche ; diamètre vertical : 11 cm. des deux côtés. La différence de diamètre semble tenir à ce que le mamelon droit est beaucoup plus saillant que le gauche. L'aréole mesure 4 cm. à droite et 3 à gauche. Mont de Vénus assez saillant, poils 6 cm. sur 6, descendant de chaque côté jusqu'à la fourchette, grandes lèvres plates, laissant voir les petites lèvres peu prononcées. Clitoris petit. *L'hymen* laisse pénétrer très facilement l'index, ses bords sont frangés. Anus glabre. La malade n'est pas réglée.

Bien que Baud... soit assez bien développée au point de vue mammaire et génital, elle est en retard pour la menstruation. Ici, comme dans quelques autres cas, le traitement thyroïdien semble avoir déterminé une poussée de la croissance coïncidant, d'ailleurs, avec l'évolution de la puberté.

OBS. XXIX. — IDIOTIE ; HÉMIPLÉGIE DROITE INCOMPLÈTE. ÉPILEPSIE ACQUISE ET GUÉRIE. NANISME.

Gremill... (Jeanne), née le 16 mars 1884, entrée le 29 avril 1890, transférée à Villejuif le 17 juin 1903.

1902. Poids : 45 k. 500 ; taille : 1 m. 43. 1er traitement du 1er août au 30 octobre : 0,25, 0,50, 0,75, 1 gr. Poids : 44 k. Taille. 1 m. 435.

1903. Deuxième traitement. Poids : 45 k. ; taille : 1 m. 435 ; traitement du 1er janvier au 31 mars : 0,50, 0,75, 1 gr., 1 gr. 25. Poids : 45 k. ; taille : 1 m. 435, soit en moins 135 mm.

La *radiographie* faite le 4 juillet 1902 avait démontré l'ossification des cartilages. Nous avons néanmoins réadministré la glande thyroïde dans le but de bien nous rendre compte de l'importance des cartilages sur la croissance. L'insuccès du traitement la met en relief.

OBS. XXX. — IDIOTIE COMPLÈTE, NANISME SIMPLE.

Boy... (Georges), né le 5 août 1884 à Paris. Entré le 6 avril 1889 ; transféré à l'asile de Villejuif le 12 octobre 1902.

1900. *Poids* : 36 kil. ; *Taille* : 1 m. 455, au lieu de 1 m. 55 : 1er traitement du 1er février au 31 octobre: 0 gr. 25, 0 gr. 50, 0 gr. 75, 1 gr., 1 gr. 25. *Poids* : 38 kil. ; *Taille* : 1.475.

1901. *Poids* : 38 kil. ; *Taille* : 1.475 ; 2e traitement du 1er janvier 1901 au 31 janvier 1902, 1 gr. 25. *Poids* : 39 kil. ; *Taille* : 1 m. 52 soit une *augmentation de 6 cent. 1/2 durant ces deux traitements.*

Durant ce traitement et à différentes reprises, à cause de l'insuffisance de l'approvisionnement de la glande, on a dû abaisser la dose à 0 gr. 75 et même 0 gr. 50.

OBS. XXXI. — IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE ; NANISME RELATIF.

Laumail... (G. M.), né le 16 septembre 1878, est entré dans le service le 3 novembre 1885 ; il a été transféré à l'asile de Villejuif le 19 mars 1902.

1896. *Juin.* — Sa *taille* étant de 1 m. 44, c'est-à-dire 19 cent. au-dessous de la normale, il est soumis à la *médication thyroïdienne*. Son *poids* est de 35 kil. 400, soit en moins 18 kil. 500.

Premier traitement (juin 1896 à fin mai 1898) : 0 gr. 25 jusqu'au 31 juillet 1896 ; 0 gr. 50 jusqu'à la fin de juin 1897 ; — 1 gr. 25 du 1er au 13 juillet ; 1 gr. 50 du 14 juillet au 7 octobre ; 1 gr. 75 du 8 octobre 1897 au 10 juillet 1898. Alors, la *taille* est de 1 m. 555 et le poids de 44 kil. soit en deux ans un *accroissement de onze centimètres.*

Second traitement (1889, février-juin) : 0 gr. 50, puis 1 gr. de glande. Durant la suspension (6 mois), il n'a gagné que 5 millimètres (1 m. 56). Durant le second traitement, la taille s'élève à 1 m. 61, soit encore 6 cent. en moins de la taille (1 m. 67) à son âge (21 ans). Son poids est de 47 kil.. soit 12 kil. 500 en moins. Durant ces deux traitements, la taille s'est accrue de 17 cent.

Système pileux et génital. — Fin duvet à la face, poils courts et peu abondants sous les aisselles et au pénil. Verge : 6 cent. de circonférence sur 12 de longueur. Testicules de la dimension d'un œuf de moineau.

En résumé, léger degré d'*infantilisme*. Cet examen a été fait en 1900 au moment du transfert du malade à l'asile de Villejuif.

Obs. XXXII. — Idiotie ; nanisme simple.

Engel... (Joseph), né le 15 juin 1884, entré le 11 juin 1891 ; transféré à l'asile de Villejuif le 12 octobre 1902.

1899. *Poids* : 28 kil. 300 ; *Taille* : 1 m. 40, soit 11 cent. en moins ; 1er traitement du 20 juin au 9 octobre 1900, 0 gr. 50, 1 gr. *Poids* : 25 kil. 700 ; *Taille* : 1 m 445.

1901. *Poids*: 28 kil. 200 ; *Taille*: 1 m. 45; 2me traitement du 1er janvier au 31 décembre : 1 gr. ; 1 gr. 15. *Poids* : 38 kil. : *Taille* : 1 m. 46 ; soit un gain de *six centimètres*.

Obs. XXXIII. — Hébéphrénie et nanisme simple type.

Marg... X..., est née le 4 décembre 1884. « *Elle ne pesait qu'une livre* », nous ont assuré ses parents. En présence d'un chiffre aussi extraordinaire, nous avons insisté. Ils ont persisté énergiquement dans leurs dires, ajoutant qu' « on venait la voir par curiosité. » Cette jeune fille a été réglée à 13 ans. Ses règles, après avoir été régulières, se sont suspendues sous l'influence d'une attaque de folie qui l'avait fait amener à l'Institut médico-pédagogique. A son entrée en oct. 1902, elle pesait 49 k. 500 et mesurait 1 m. 409.

En oct. 1903, le *poids* était de 41 k. 500, soit 12 k. 400 au-dessous du poids moyen (52 k. 100) et sa taille était de 1 m. 41, soit 16 cent. au-dessous de la taille moyenne. Nous l'avons fait *radiographier* par M. Radiguet le 15 déc. 1902, afin de nous rendre compte de l'état de ses cartilages avant de la soumettre au traitement thyroïdien. La radiographie a montré que les *cartilages étaient soudés* et nous avons renoncé à notre projet. De fait, la taille ne s'est pas modifiée du 4 déc. 1902 au mois de juin 1904.

La *puberté* est bien développée. Sous les aisselles, il y a une bande de poils longs, noirs, bien fournis, de 5 cent. sur 2 et demi à gauche, et 3 à droite. Les *seins* mesurent 15 cent. transversalement sur 2 verticalement. Les aréoles, légèrement rosées, ont 8 cent. de diamètre ; les mamelons, saillants, 6 à 7 mm. Le *pénil* est complètement couvert de poils longs, bouclés, très abondants, surtout au niveau de la commissure supérieure des grandes lèvres, allant jusqu'aux aines,

couvrant les deux faces des grandes lèvres, le périnée ; aboutissant à l'anus et à la partie voisine des fesses. Clitoris et gland moyens. Petites lèvres de 2 cent. 1|2 de long, sur 4 de large. Hymen frangé, orifice assez large. Onanisme surtout à l'approche des règles. Auto-flaireuse génitale.

C'est là un *cas type* de *nanisme simple*, sans infantilisme, ni obésité, ni rachitisme. Elle a toujours été naine, bien proportionnée. En ce qui concerne son poids à la naissance, malgré l'affirmation réitérée des parents, qui sont intelligents, nous ne le donnons que sous toute réserve.

§ II. — Nanisme avec infantilisme.

Les faits que nous allons rapporter sont relatifs à des malades atteints de nanisme avec *infantilisme*, léger ou prononcé, partiel ou portant sur l'ensemble du corps. L'infantilisme, on le sait, est caractérisé essentiellement par la persistance, chez un adulte, ou un adolescent, des caractères physiques et intellectuels de l'enfant. L'infantile est très généralement plus petit que la moyenne des individus normaux de son âge. Mais l'infantile peut présenter tous les caractères de l'enfant, sauf la petitesse de la taille ; on peut être infantile sans être nain.

L'adolescent, au lieu de devenir pubère, reste avec les caractères de l'enfant : la physionomie n'est pas en rapport avec son âge, le tronc, en particulier le bassin, n'est pas développé, les membres sont grêles ; les systèmes pileux et adipeux sont nuls ou au-dessous de la moyenne en général (mais non toujours, ainsi que nous en relaterons des exemples). L'infantilisme, au point de vue physique, porte également sur les seins, la verge et les testicules, qui ne se développent que lentement. Tantôt, la taille est normale ou même exagérée (il y a des géants infantiles), tantôt elle est en retard. Souvent le caractère reste enfantin, les facultés intellectuelles demeurent en retard. Nous ne nous occuperons ici que des *infantiles avec nanisme*.

Nous allons rapporter l'observation de trois malades, bien qu'ils n'aient pas été soumis au traitement par la glande thyroïde, mais parce qu'ils montrent assez bien les caractères du nanisme avec infantilisme.

OBS. XXXIV.— IDIOTIE ; NANISME ET INFANTILISME PRONONCÉS.

SOMMAIRE. — *Père et sa famille, mère, rien à signaler.* — *Grand-père maternel mort probablement tuberculeux.*

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien. — *Convulsions répétées de 3 à 4 mois et demi.* — *Céphalées.* — *Accès convulsifs en 1894.* — *Description du malade.* — *Retard de la puberté et de la taille.*

Lamb.... (Louis-Fortuné), né à Bourg-Saint-Maurice (Savoie) en 1887, est entré dans le service en 1895.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET PERSONNELS. (*Renseignements fournis par sa mère*). PÈRE : 33 ans. Pas de profession insalubre. Aucune maladie grave. Ni rhumatisme, ni syphilis, ni alcoolisme. Aucune maladie nerveuse. Pas de tabagisme. [*Famille du père.* — *Mère* morte à 77 ans et *père* à 66 ans, on ne sait de quoi. Aucun renseignement sur les *grands-parents*, sur les *oncles* et *tantes*. Deux *sœurs* mariées, et bien portantes, mères chacune de deux enfants normaux. — Un *frère* normal.]

MÈRE, 30 ans, ni alcoolisme, ni syphilis, aucune intoxication, aucune maladie grave, de caractère calme. [*Famille de la mère.* — *Père* mort à 43 ans d'une hématémèse(?), était malade depuis 3 ans ; très nerveux ; migraineux. — *Mère* morte 3 semaines après la naissance de sa fille. — *Sœur*, 38 ans bien portante. — *Frère* 35 ans, bien portant. On ne signale dans la famille aucune tare, ni physique, ni morale, ni intellectuelle.]

Pas de renseignements sur la consanguinité.

Cinq enfants : 1° notre malade ; 2° une fille, morte à huit jours chez une sage-femme (manque de soins). Les autres vivent et ne présentent rien de particulier. Aucun n'a eu de convulsions.

NOTRE MALADE : *Conception et grossesse*, rien à signaler. — *Accouchement* à terme, naturel, par le sommet.

A la naissance, pas d'asphyxie ; l'enfant était gros et bien portant. Nourri au sein par sa mère pendant deux mois et ensuite au biberon. — Puis, séjour à la campagne de l'âge de 9 mois jusqu'à l'âge de six ans. — Première dent à 7 mois. Dentition complète à (?) mois. Parole nulle. Gâtisme.

Antécédents morbides. — *Convulsions* à trois mois, perte de connaissance : yeux convulsés en haut, corps raide ; pas de

mouvements cloniques. Pas de paralysie ni de contractures consécutives. Ces convulsions se renouvellent à plusieurs reprises durant un mois et demi.

Pas de perversion des instincts, pas de kronomanie, pas de salacité, pas de balancement, ni d'onanisme. Fonctions digestives régulières. Bave. — Rien à signaler du côté de l'appareil circulatoire et respiratoire. Caractère gai. Jamais d'accès de colère ; organes des sens normaux. Ni étourdissements, ni vertiges, ni absences, mais semble avoir des céphalées fréquentes, s'accompagnant de rougeur de la face.

Sommeil à peu près régulier ; pas de cauchemars. Sentiments affectifs assez développés. *Etat intellectuel* : l'enfant ne parle pas, mais il comprend la plupart des mots qu'on lui adresse. La mémoire, assez bonne autrefois, aurait baissé depuis un an.

Pendant l'hiver de 1894, *accès convulsifs nocturnes*. Début brusque sans cri initial. Convulsions toniques, cloniques durant une ou deux minutes, les yeux sont déviés en haut. Phase de stertor et de sopor. Incontinence d'urine et quelquefois des matières pendant ces crises. Bave et morsure de la langue. Il a eu, jusqu'ici, 16 crises se produisant tous les huit ou quinze jours. Aucune maladie infectieuse ni scrofuleuse. La mère ne sait à quoi attribuer l'affection.

Etat actuel (avril 1895). — Etat général bon. Expression un peu hébétée.

Tête. — Tourbillon postérieur ; un épi à droite. Une plaque d'alopécie cicatricielle en arrière et à droite. Cheveux blonds. Crâne volumineux, natiforme, brachycéphale, un peu asymétrique, légère plagiocéphalie. Bosses pariétales très saillantes, la gauche prédomine sur la droite. Les bosses frontales sont accentuées, mais la gauche est moins proéminente que la droite. Régions temporales saillantes. La partie gauche de la bosse occipitale est plus proéminente que la droite. Angle facial obtus. Front haut.

Face : Visage oval, allongé, légère asymétrie. Fentes palpébrales largement ouvertes. Cils blonds, longs, implantés régulièrement. *Blépharite* légère surtout marquée à la paupière supérieure. Yeux mobiles. Pas d'exophtalmie ni de strabisme. Iris verts, de couleur uniforme. Pupilles normales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. L'enfant semble avoir une acuité visuelle normale. Son état intellectuel ne permet pas de pousser l'examen plus loin. — *Nez* droit,

large à la base et à la racine. Un peu dévié à gauche. *Odorat* obtus. Pommettes peu saillantes, la gauche un peu moins que la droite. Cicatrice à droite, au niveau de l'extrémité de la fente palpébrale.*Fente buccale* : lèvres bien dessinées, assez régulières. Cependant la commissure gauche est un peu plus élevée que la droite. — Voûte du palais ogivale ; amygdales et luette saines. — *Langue* normale. *Goût* : L... ne distingue pas les saveurs. Menton allongé, pointu. Il existe un prognathisme du maxillaire supérieur net. L'arcade dentaire supérieure dépasse l'inférieure d'un centimètre environ. L'arc du maxillaire inférieur est très oblique en bas et en avant. L'angle du maxillaire est très ouvert. L'ellipse de l'arc de la mâchoire inférieure est plus fermé que normalement, ce qui rend le menton pointu. Les *dents* sont de très mauvaise qualité, l'émail en est noir, jaunâtre. Elles présentent de nombreuses cannelures verticales et toutes les cuspides sont atrophiées.

Les *oreilles* sont petites, légèrement décollées, leur ligne d'implantation est normale. Asymétrie.

Longueur.	à gauche	5,	à droite	5,5
Largeur,	»	3,5	»	3

L'hélix est bien ourlé, mais très irrégulièrement ; l'anthélix en est très saillant ; sa bifurcation se fait à angle aigu et ses branches de bifurcation se dirigent presque horizontalement en avant. La courbe de l'anthélix à gauche n'est pas régulière, mais elle se coude deux fois à angle droit. Les conques sont profondes ; à droite, la conque a la forme d'une coquille, à gauche, celle d'un cube. Tragus et antitragus épais. Lobule normal, non soudé. Fossette scaphoïde et de l'anthélix profondes. Cette dernière est étroite.

Cou. Circonférence au niveau du cartilage thyroïde, 26 cm. Glande thyroïde normale.

Membres supérieurs réguliers, un peu maigres. Léger duvet sur les deux bras. — *Membres inférieurs.* Rien à signaler concernant la forme et l'attitude. Léger duvet. Motilité et réflexes normaux.

Thorax. De forme globuleuse. Pas de déformation. Respiration abdominale. La percussion et l'auscultation du poumon et du cœur ne dévoilent rien de particulier.

Abdomen saillant. Cicatrice ombilicale proéminente, petite

hernie. La palpation de l'abdomen ne montre rien de particulier.

Puberté et organes génitaux. Etat glabre du corps et du pénil. Verge longue de 4 cm. Sa circonférence mesure 5 cm. Prépuce long. Les testicules ne sont pas descendus. On ne les perçoit pas à l'anneau inguinal externe.

Sensibilité générale, à la douleur, au contact, à la température, peu développée.

Etat intellectuel. La... comprend à peine les questions posées. Ne parle pas. Intelligence à peu près nulle.

Traitement. Hydrothérapie et exercice de la parole. Sirop d'iodure de fer.

Température à l'entrée.

			Matin.	Soir.
			—	—
30	avril,	1er jour...............		37°
1er	mai,	2e —	37°,1	37°,2
2	—	3e —	37°,2	37°,1
3	—	4e —	37°,3	37°,1
4	—	5e —	37°,4	37°,1

1896. — Les testicules sont descendus : volume d'un œuf de pierrot.

1897. — Aucune modification au point de vue des organes génitaux. Amélioration intellectuelle marquée. La.... commence à parler correctement. Il ne gâte plus.

1898-1899-1900. — Aucune modification touchant la *puberté*. Amélioration intellectuelle.

1901. — Le corps est toujours complètement glabre. Les testicules sont du volume d'un œuf de pierrot. La verge a une longueur de 4 cm. et une circonférence de 5 cm.

1902. *Novembre.* — L'enfant paraît porter tout au plus 10 à 11 ans. Son facies, un peu joufflu, a une expression un peu naïve et semble être celui d'un sujet âgé d'une dizaine d'années. Le tronc est cylindrique, la taille non dessinée.

Le thorax est petit, les épaules tombantes, les clavicules presque sans courbures, les omoplates ailées. Le ventre est proéminent. L'abdomen s'allonge en pointe vers le pénil.

La peau du thorax et surtout de l'abdomen est doublée d'un pannicule adipeux marqué. L'hypogastre est le siège de fins plis transversaux. La respiration est abdominale. La matité cardiaque est petite, la pointe bat en dedans

Mesures de la tête.

	1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	Avril.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Circonférence horizontale maxima..	52	52	52	52	52	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53.5	53.5	53.5	
Demi-circonférence bi-auriculaire....	35	35	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	37	37	37	37	37	
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.....	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37.5	37.5	
Diamètre antéro-postérieur maximum	16.5	16.5	17	17	17.5	17.5	17.5	18	18	18	18	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	
— bi-auriculaire	12	12	12.5	12.5	12.5	12.5	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	
— bi-pariétal	15	15	15.5	15.5	16	16	16	16	16	16	16	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	
— bi-temporal	11.5	11.5	12	12	12.5	12.5	12.5	13	13	13	13.5	14	14	14	14	14	14	
Hauteur médiane du front	6	6	6	6	6	6	6	6	3	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	7	7	7	

Poids, Taille. Dynamomètre.

Poids	k.d. 18	18.3	19	20.7	21.5	21.7	22	23.8	27	»	27.7	29	30	31	32.2	32.9	33.7	»
Taille	m.c 1.07	1.07	1.09	1.10	1.11	1.14	1.16	1.18	1.22	»	1.25	1.28	1.30	1.30	1.36	1.37	1.38	»
Dynamomètre .... D	»	»	5	5	6	4	5	10	13	»	5	5	3	»	»	»	4	»
Dynamomètre .... G	»	»	»	»	5	4	5 1/2	5	5	»	5	5	»	»	»	»	2	»

et un peu au-dessous du mamelon au niveau du tiers interne du 3e espace intercostal.

Microsphygmie. — *Membres supérieurs* sans saillie musculaire ; la peau en est doublée d'un pannicule épais. *Membres inférieurs.* Mêmes caractères.

Puberté. — Pilosité nulle. Corps complètement glabre. Pénis mesurant 4 1/2 de long sur 5 cm. de circonférence. Bourses un peu pendantes. Testicule du volume d'une noisette. Intelligence : Pusillanimité. Naïveté :

Taille	1,37
Poids	32,9

1904. 1er *juin.* — Poids, 40 k. 300. Taille, 1 m. 48, soit 11 cent. en moins (1 m. 59.)

Ce malade a eu deux *accès d'épilepsie* en 1898, dix en 1901, un en 1902 et aucun en 1903.

OBS. XXXV. — IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE ; ÉPILEPSIE ; NANISME AVEC INFANTILISME TRÈS PRONONCÉ.

SOMMAIRE. — *Père alcoolique, mort de tuberculose. — Six tantes paternelles, dont trois prostituées, mortes tuberculeuses. — Mère, grand'mère maternelle nerveuses. — Deux grand-tantes, trois grands-oncles, plusieurs cousins et une tante maternelle morts tuberculeux. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 2 ans* (père plus âgé). — *Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier. Dentition complète à 2 ans. — Début de la parole vers 18 mois, de la marche à 2 ans. — Propre à 8 ans. — Description du malade. — Marche de la puberté : Epispadias léger. Céphalées guéries par le bromure de camphre — Amélioration de l'état intellectuel.*

Lorri.. (Lucien), né le 8 avril 1882 à Paris, est entré dans le service le 25 septembre 1891 ; passé aux adultes (5e-3e) le 12 septembre 1902.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET HÉRÉDITAIRES. (*Renseignements fournis par sa mère.*) — PÈRE, cartonnier, mort à 41 ans, de *tuberculose pulmonaire.* Aucune manifestation de névropathie. Aucune affection cutanée. Pas de rhumatisme, ni de migraine. Aucun renseignement précis sur la syphilis. *Alcoolisme* (absinthe), tabagisme, caractère violent, emporté. — [*Famille*

du père. Père mort du choléra, à Lyon en 1854, habituellement bien portant. — *Mère* morte à 78 ans, après huit jours de maladie. Aucune affection névropathique, rhumatismale ou cutanée. Caractère très doux. — *Grands-parents, oncles, tantes* aucun renseignement. — Six *sœurs*, mortes de *tuberculose pulmonaire* ; trois d'entre elles se sont *prostituées*. — Cinq *frères*, morts tous quelques jours après leur naissance. Dans le reste de la famille, il n'y a aucune autre tare nerveuse, physique ou morale.]

MÈRE, 40 ans, cartonnière. Pas de convulsions dans l'enfance, pas de fièvre typhoïde, de rhumatisme, de chorée. Aucune affection cutanée. Nerveuse et impressionnable. Ni syphilis, ni alcoolisme, ni caféisme. — [*Famille de la mère. Père*, 71 ans, bien portant, sobre. *Mère*, 64 ans, toujours très nerveuse et très violente. Aucun renseignement sur les *grands-parents*. — Deux *tantes*, mortes *bacillaires*, ont eu des enfants morts *phtisiques*. — Trois *oncles maternels* morts également *poitrinaires*. — Un *frère* bien portant. — Deux *sœurs*, l'une en bonne santé, ainsi que son enfant qui, toutefois, est très nerveux ; l'autre sœur morte à 26 ans *tuberculeuse*. — Dans le reste de la famille, il n'y a pas d'autre tare nerveuse, morale, physique ou intellectuelle.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans (père plus âgé).

Six *enfants* : 1° une fille de 16 ans, n'a jamais pu obtenir son certificat d'étude, travaille avec sa mère ; 2° fille morte à 15 jours d'une entérite ; 3° fille morte à 3 ans d'une rougeole, elle devenait bossue ; 4° notre malade ; 5° fille morte à 8 mois d'athrepsie ; 6° fille mort-née. — Aucun de ces enfants n'a eu de convulsions.

NOTRE MALADE. — *Conception*, on ne sait si elle s'est faite dans l'ivresse. — *Grossesse* : idées noires, ennuis de voir son mari très souvent ivre. Ni coups, ni chute, ni intoxications, ni syncope, ni éclampsie. — *Accouchement* à terme, naturel, sommet, 4 heures. — *A la naissance*, enfant normal. Premiers cris naturels, pas d'asphyxie, pas de circulaire du cordon. — Allaité au sein par la mère jusqu'à 17 mois. — 1re dent tardive. à (?) Dentition complète à 2 ans. Début de la parole vers 18 mois, de la marche, à 2 ans. — Pas de convulsions, aucune perversion des instincts. L'enfant est paresseux, affectueux, craintif. Il n'est pas coléreux, est peu impressionnable.

Fonctions digestives : Mastication normale. Bave légère. Il a

mangé avec ses mains jusqu'à l'âge de trois ans passés. Propre depuis un an seulement. Selles régulières. — Aucune affection de l'appareil respiratoire ni circulatoire.

Sensibilité générale et spéciale normales. Sommeil naturel. Pas d'accès de cris.

L'enfant aurait quelquefois de la céphalalgie (?). Il n'a jamais présenté de tremblements, de secousses brusques, de changement de coloration de la face, de kroumanie. Pas d'absences, aurait eu des vertiges (?). Rougeole dans son bas-âge. Aucun accident scrofuleux. Teigne soignée à Saint-Louis et guérie. Aucun traumatisme.

L'*examen complet* du malade n'a été pratiqué qu'en 1903. Néanmoins l'évolution de sa maladie a été suivie. Sous l'influence du traitement qui consistait en hydrothérapie, huile de foie de morue et sirop d'iodure de fer, qui comprenait également les exercices scolaires, la gymnastique, l'éducation, de la parole, etc., le sujet s'est amélioré.

Evolution des organes génitaux. — 1891. Corps glabre. Verge, long. : 0,04 ; circonf. : 0,05. ÉPISPADIAS LÉGER. — Testicules à l'anneau du volume d'un pois. Région anale normale.

1892, 1893, 1894, 1895. Aucune modification dans les organes génitaux.

1896. Verge : long. de 0.5 ; circonf. de 0,6. Testicules à l'anneau, volume d'un haricot ; anus normal, corps glabre.

Aucune modification dans les années suivantes jusqu'en 1899 : le corps est glabre, sauf le pénil où, de chaque côté de la racine de la verge, on voit quelques poils rares de 2 cm. de long ; la verge a une longueur de 5 cm., une circonférence de 6 cm. Testicules descendus : œuf de pierrot.

1900. Corps glabre, sauf le pubis : touffe de poils assez épaisse. Les testicules ont le volume d'un œuf de merle.

Aucun accident relevant de l'épilepsie jusqu'en 1896. On constate pendant le mois de janvier des céphalées avec nausées et vomissements. Le 19 février, on observe, pour la première fois depuis l'entrée, un *accès* : cri initial, convulsions toniques, puis cloniques. « L'enfant projetait ses bras en avant comme s'il voulait repousser quelque chose ». Bave sanguinolente, miction involontaire. Phase de stertor. Le tout dure 4 à 5 minutes. Sommeil consécutif pendant une heure. A son réveil, céphalée, nausées et vomissements.

Les *céphalées* persistent dans le mois de février et disparaissent sous l'action du *bromure de camphre*.

Au point de vue intellectuel, l'enfant ne manifeste de progrès que depuis l'année 1899. Ce n'est qu'en 1901 qu'il connaît ses lettres sans savoir syllaber. Il sait compter jusqu'à 30, ne connaît aucun chiffre. Il nomme quelques objets, quelques plantes, reconnaît les couleurs. Paresseux.

1902. Sait syllaber et écrire ses lettres. Compte jusqu'à 50. Ne sait rien faire à l'atelier.

1903. *Etat actuel* (le malade a 21 ans). Air de santé, adiposité légère. TÊTE. Cheveux châtain foncé, tourbillon médian, un épi frontal. Crâne ovalaire d'un volume moyen, symétrique. Bosses frontales, pariétales, saillie moyenne et égale. Bosse occipitale normale. Front haut de 5 cm. La face, carrée, asymétrique, un peu gonflée et imberbe, semble être celle d'un enfant de 14 à 15 ans. Arcades orbitaires assez saillantes. Sourcils peu fournis. Yeux : aucune lésion de la motilité ; pas de nystagmus, ni d'exophtalmie. Iris gris, couleur uniforme, régulière. Pupille concentrique, réaction à la lumière et à l'accommodation, normale. Acuité visuelle, vision des couleurs, champ visuel: rien de particulier. Paupières normales ; pas de blépharite ; implantation des cils régulière. Nez assez gros, étroit à sa racine, va s'élargissant beaucoup vers l'auvent. Lobule peu marqué. L'axe du nez est un peu oblique à gauche. Pommettes peu saillantes, la gauche un peu plus que la droite. Joues assez gonflées, épaisses. Bouche : la fente buccale est un peu oblique en haut et à gauche, asymétrique, la partie gauche plus développée que la droite. Lèvres peu saillantes, irrégulièrement dessinées. Cavité buccale assez spacieuse. Voûte et voile du palais non ogivaux. Langue normale. Arcade dentaire : léger prognathisme supérieur. L'arc du maxillaire inférieur est très fermé. Les dents inférieures sont serrées et obliquement dirigées en haut et en arrière. A l'arcade supérieure, les dents sont ou informes ou cariées, ou absentes. *Menton* arrondi, assez volumineux. *Oreilles* grandes, surtout longues, un peu écartées et décollées du crâne. Ligne d'implantation presque verticale. *Hélix* bien et régulièrement ourlé. Tubercule de Darwin. Anthélix saillant, bifurcation à angle très aigu. Tragus et antitragus très marqués. Lobule épais, arrondi, non soudé. Conque gauche non divisée par la racine de l'hélix. *Fossette* scaphoïde, assez grande. Fossette de l'anthélix, petite et étroite. Orifice du conduit auditif externe normal.

Cou : circonférence : 30. Corps thyroïde, palpable. *Voix non mue*, à timbre élevé.

Le *tronc* est cylindrique. Le thorax et l'abdomen ne sont pas séparés par l'étranglement de la taille. Thorax globuleux, assez volumineux, sans saillies musculaires. Le pannicule adipeux est assez marqué. Périmètre thoracique : 82 cm.

Cœur : la pointe bat dans le 4e espace intercostal, juste derrière le mamelon. Pouls 75. Rien à l'auscultation ni à la percussion des poumons.

Abdomen proéminent. Périmètre au niveau de l'ombilic : 73. Courbure lombaire à peine dessinée. Foie et rate normaux. Région anale : rien à signaler.

Organes génitaux et puberté. Etat glabre de tout le corps. sauf un duvet naissant à la lèvre supérieure. Duvet également sur les jambes. Pénil, deux touffes, médiocrement fournies, de poils, couvrant peu de surface (6 cm. × 2 cm.). Verge, 9 cm. de long sur 8 cm. Gland découvert. *Epispadias.* Testicule gros comme une petite noix. Périnée : quelques poils. Pas d'appétit sexuel.

Membres supérieurs, gros, courts, doublés d'un pannicule adipeux assez épais, sans saillies musculaires dessinées. Ils vont s'effilant régulièrement de la racine vers le poignet. Epaules basses et tombantes. Forme des mains et des doigts normale. Pas d'onychophagie. Préhension naturelle.

Membres inférieurs, gros. courts, doublés d'un pannicule adipeux assez épais. Les saillies musculaires sont peu marquées. Attitude normale. Articulations et plantes des pieds normales.

Examen fonctionnel. Réflexes patellaire, olécranien, normaux. Mouvements volontaires et provoqués : rien à signaler.

Fonctions digestives et sensibilité générale, rien de particulier. *Intelligence* : l'enfant est atteint d'*imbécilité*, sait à peine écrire, sait syllaber. Curiosité d'enfant. Naïveté, crainte et méfiance.

1904. *Juin.* — *Puberté.* — Duvet fin ombrant légèrement la lèvre supérieure. Le reste du visage est glabre.— Poils fins, peu abondants sous les aisselles, formant une bande de 7 cent. sur un cent. et demi ; ils sont relativement plus abondants sur la paroi brachiale que sur la paroi thoracique. — Tronc glabre, sauf à la région lombaire où il y a des poils fins. Poils assez abondants sur les cuisses et les jambes. Poils châtain foncé, longs, frisés, très abondants sur tout le pénil

Mesures de la tête.

	1892		1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899		1900	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Circonférence horizontale maxima...	»	49	»	49	49	50	50	50	50	50	50	50	50	50	51	51	51	51.5
Demi-circonférence bi-auriculaire...	»	31	»	31	31	32	32	32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.....	»	33	»	33	33	35	35	35	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Diamètre antéro-postérieur maximum	»	16.6	»	16.2	16.3	16.5	17	17	17	17.5	17.5	17.5	17.5	17.5	18	18	18	18.5
— bi-pariétal	»	12	»	12	12.1	11.5	11.5	11.5	11.5	12	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	13
— bi-temporal	»	14.3	»	14.5	14.5	13.5	14	14	14	14.5	14.5	14.5	15	15	15	15	15	15
— bi-auriculaire	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	12	12	12	12	12	12	12	12
Hauteur médiane du front	»	6	»	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

(14 cm. sur 3) et à la racine des bourses ; il commence à envahir les aines et on voit une traînée jusqu'au voisinage de l'ombilic. — Verge bien développée. Circonf. 9 cent. 1/2, long. 8 cent. — Gland découvert. *Méat un peu étroit en épispadias léger. — Testicules un peu inégaux*, le gauche un peu plus gros que le droit, du volume d'un œuf de pigeon. — Poils assez abondants au périnée et au pourtour de l'anus.

Tableau des accès

Mois.	1897		1898		1899		1900		1901	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
Février	2	»	»	»	2	»	2	»	»	»
Mars	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Avril	1	»	»	»	1	»	1	»	»	1
Mai	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1
Juin	2	»	»	»	»	»	3	»	»	»
Juillet	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»
Août	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Septembre	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»
Octobre	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Novembre	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»
Décembre	»	»	»	»	4	»	1	»	»	»
Total	5	»	»	»	11	2	13	»	»	2

Nous avons affaire ici à un cas de *nanisme* relatif avec un certain degré d'*infantilisme* portant, non sur les organes génitaux, mais sur le système pileux, qui est à peu près nul dans la moitié supérieure du corps, en particulier à la face. La physionomie est enfantine. Relevons l'*inégalité des testicules* et l'*épispadias*.

L'apparition de la *puberté* a été tardive. Elle a débuté par une touffe de poils de chaque côté de la racine de la

verge (1900, à 18 ans), qui se sont réunis (1903, 21 ans), ont envahi les aines et remonté vers l'ombilic (1904, 22 ans). A cette dernière époque, les poils sont encore très rares sous les aisselles et à peu près absents au visage. Le développement de la verge a été moins tardif que celui des testicules, qui sont restés longtemps petits. C'est surtout depuis un an que le système pileux du pénil, la

Poids, Taille, Dynamomètre.

	1891		1892		1893		1894		1895		1896		1897	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
	k.d.													
Poids	»	21.2	22.1	25.7	27.6	29.»	»	»	»	26.»	25.2	28.»	28.8	28.5
	m.c													
Taille	»	1.11	1.11	1.13	1.15	1.16	»	»	»	1.25	1.24	1.24	1.26	1.27
Dynam ..... D.	»	11	12	15	16	17	»	»	»	5	5	8	10	6
G.	»	9	10	10	12	13	»	»	»	10	3	8	10	6

	1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	k.d.											
Poids	30.6	30	32	33	34.8	37.5	37.5	38.8	41	45	48	»
	m.c											
Taille	1.29	1.29	1.30	1.33	1.34	1.36	1.37	1.40	1.42	1.46	1.48	»
Dynam ..... D.	10	14	»	15	15	15	11	6	25	28	30	»
G.	10	13	»	11	12	13	11	5	15	22	29	»

verge, et les testicules se sont développés, le système pileux de la face, des aisselles et du corps ne s'accusait pas.

Ce malade qui n'avait pas eu d'accès de 1891 à 1896 inclusivement, en a eu 5 en 1897, aucun en 1898, 11 et 2 vertiges en 1899, 13 en 1900; pas en 1901, mais 2 vertiges ; un vertige en 1903, un accès en 1904.

OBS. XXXVI.— IDIOTIE ; NANISME ; INFANTILISME PRONONCÉ.

SOMMAIRE. — *Du côté paternel, rien à signaler sauf un oncle paternel alcoolique mort d'un cancer de l'estomac. — Mère, rien. — Grand-père maternel mort aliéné ; grand-oncle maternel, faible d'intelligence. Oncle arriéré. Trois oncles, convulsions. — Pas de consanguinité — Convulsions chez un frère. Emotion vive à 8 mois et demi de la grossesse. Accouchement difficile. Convulsions à partir de cinq mois. — Marche des convulsions. — Retard dans la parole. Onanisme. Turbulence. Clastomanie. Intelligence nulle. Retard dans l'établissement de la puberté. Retard dans la croissance. Nanisme et infantilisme.*

Masso... (Léon-Victor), né à Paris le 24 septembre 1886. Entré le 23 juillet 1892.

Antécédents héréditaires. (*Renseignements fournis par la mère de l'enfant*). — PÈRE, 35 ans, scieur de bois à la mécanique. Pas de convulsions dans l'enfance ; pas de fièvre typhoïde, pas de rhumatisme, de chorée, pas de maladies de peau, pas de syphilis, ni alcoolisme, ni tabagisme. Caractère emporté. Pas de migraines. Pas de traumatismes céphaliques. A eu le pouce et l'index sciés huit jours avant la naissance de l'enfant. [*Famille du père. Père* mort à 78 ans « de vieillesse », sobre, emporté, intelligent. — *Mère*, 70 ans, intelligente, caractère calme. Les *grands-parents paternels* et *maternels* n'ont pas été connus par la mère de l'enfant. Elle sait seulement qu'ils étaient d'intelligence normale, qu'ils n'ont jamais présenté de troubles mentaux, qu'ils étaient sobres et qu'ils sont morts très âgés. Une *tante paternelle*, morte on ne sait de quoi. Elle était bien conformée et intelligente. Pas d'enfants. — Deux *oncles maternels*, militaires retraités, sobres et de caractère doux. Deux enfants bien conformés, intelligents, bien portants. — Une *tante maternelle*, en bonne santé, très intelligente ; trois enfants bien conformés, intelligents, — Trois *frères* : l'un est mort à 37 ans d'un *cancer de l'estomac* ; *alcoolique*. ; deux sont sobres, sans troubles intellectuels. Le premier a laissé un enfant normal. Des deux autres, un seul a des enfants qui n'ont rien à signaler. Pas de sœurs. — Dans tout le reste de la famille, il n'y a aucune tare morale, intellectuelle ou physique.

MERE, 28 ans, mécanicienne. Pas de convulsions, pas de fièvre typhoïde. Pas de délire au cours de maladie infectieuse, ni rhumatismes, ni chorée. Ni maladies de peau, ni syphilis,ni alcoolisme, ni caféisme.Pas de traumatismes céphaliques. Pas de migraines. Caractère un peu emporté. Intelligence vive, bien portante.— [*Famille de la mère.* — *Père* mort à 55 ans,à l'asile de Ville-Evrard en 1885 ; a été interné une première fois à Bicêtre ; il était devenu aliéné à la suite de perte d'argent en 1878 ; sorti six mois après. Interné de nouveau au bout de dix-huit mois environ, transféré à Ville-Evrard, quelque temps avant sa mort. Il était sobre et n'avait jamais été malade. *Mère* morte à 49 ans, d'une affection pulmonaire aiguë. Ordinairement en bonne santé. Non alcoolique. Pas de troubles mentaux.— Les *grands-parents paternels* et *maternels* sont morts vieux, étaient sobres et n'ont jamais présenté de troubles mentaux. — Un *oncle paternel*, mort à 18 ans on ne sait de quoi, était *minus habens.* — Un autre *oncle paternel*, intelligent, tué en 1870. — Deux *tantes paternelles*, bien portantes, sans troubles mentaux, intelligentes ainsi que leurs enfants. — Dix *frères* : deux sont morts jeunes avec des *convulsions*. Six sont morts en bas-âge. Deux seulement sont vivants : Tous les deux se portent bien. L'un d'eux a eu des *convulsions*, est *arriéré* ; et il a été incapable d'apprendre un métier. Pas de sœurs. — Dans le reste de la famille, pas d'autre tare physique, morale ou intellectuelle.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge entre les parents : 7 ans, en faveur du père.

5 *enfants*, la mère est en ce moment prête d'accoucher. 1° un garçon, mort à dix mois des suites d'une rougeole, a eu des *convulsions* ; 2° fille, 7 ans, bien portante et intelligente ; pas de convulsions ; 3° notre malade ; 4° garçon, 4 ans, pas de convulsions, enfant normal ; — 5° fille morte à 14 mois de bronchite capillaire.

Notre malade. — *Conception* : rien de particulier. *Grossesse* : épistaxis fréquentes, plus fréquentes que dans les autres grossesses. La mère a, en effet, souvent présenté des épistaxis assez abondantes pendant ses grossesses. Ni coups, ni chutes, ni émotions, ni envies, ni syncopes, ni crises nerveuses. Pas d'albuminurie, pas d'éclampsie, pas d'intoxications, pas de tentatives d'avortement, pas d'ennui de se voir enceinte, pas d'idées noires, ni de somnolence. Rien de particulier à noter sur les mouvements du fœtus,pas de métrorrhagies. Tout était normal jusque huit jours avant la fin

de la grossesse. A cette époque, la mère a éprouvé une frayeur très intense : une explosion eut lieu dans la maison, on cria au feu, et au même moment, son mari revint avec deux doigts sciés. La mère n'eut pas de syncope, mais elle eut une métrorrhagie peu abondante et elle perdit des glaires. L'*accouchement* survint huit jours après. Il fut long (17 heures) et difficile ; la tête est restée quatre heures à la vulve. L'enfant a crié pendant ce temps (?). Pas de forceps, ni de chloroforme.

A la naissance, pas d'asphyxie, ni de circulaire du cordon. L'enfant, *gros*, était bien portant. Allaitement par la mère au biberon avec du lait de vache jusqu'à deux ans et demi. 1re dent à 8 mois. Dentition complète à ?. — L'enfant dit depuis l'âge de quatre ans quelques mots : « papa, maman, attends ». Marche à 13 mois.

Antécédents morbides. — *Convulsions* à l'âge de cinq mois. La mère, pendant une absence, confie l'enfant à une cousine. En rentrant au bout d'une heure, elle le trouve rouge et pleurant. Au bout de l'heure suivante, l'enfant était cyanosé et perdait connaissance. Il eut pendant la nuit des convulsions toutes les cinq minutes. Il était alors très bleu, avait des mouvements convulsifs toniques, puis cloniques. Il devenait ensuite immobile et pâle pendant dix minutes. Les convulsions se reproduisirent ensuite en moyenne une fois par jour. A sa première dent, à 8 mois, crises convulsives plus fortes. A chaque éruption dentaire, il y aurait eu aggravation des convulsions. Quelquefois il vomissait après la crise convulsive. Les accès ont diminué beaucoup de fréquence depuis la première année. Dans la deuxième année, il en avait encore plusieurs par semaines. Dans la troisième une par mois. Dans la quatrième 2 ou 3 par an. Dans la cinquième une seule crise convulsive. L'enfant n'a pas encore eu d'accès cette année (1892).

Avant les convulsions, l'enfant se développait bien, prêtait attention aux agaceries qui lui étaient faites. Depuis l'âge de cinq mois (1res convulsions), il est plus endormi, son esprit ne s'éveille plus. Pas de paralysie après les crises convulsives, ni athétose, ni contracture, ni chorée. La mère ajoute que, depuis que ses accès sont devenus rares, il présente des épistaxis assez fréquentes.

Maladies infectieuses. — Rougeole à quatre ans, de durée très courte. Scarlatine à quatre ans. Coqueluche de quatre à cinq ans également. Pas de variole. Vacciné à huit mois

avec succès et sans accident. Pas de fièvre typhoïde. Pas d'oreillons, ni de diphtérie. Pas d'accidents syphilitiques. Aucune maladie de l'appareil respiratoire. Pas d'*accidents scrofuleux*, ni de rachitisme. Engelures aux mains fréquentes, constantes l'hiver. Aucun traumatisme. L'enfant s'est brûlé les mains à 14 mois sur le poêle. Caractère violent, accès de colère assez fréquents, survenant sans motif apparent. Instincts : L'enfant pratique l'onanisme. Il est turbulent ; il n'est ni voleur, ni salace, ni gourmand, ni pyromane. Clastomanie : L'enfant casse tout, les carreaux, les objets fragiles, déchire ses vêtements avec ses dents. Les fonctions digestives sont normales, si ce n'est que l'enfant ne sait pas manger seul. Il bave constamment. L'occlusion de la bouche, la mastication, et la succion sont normales. Pas de vers intestinaux. Pas de corps étrangers des voies digestives. Pas de constipation ; diarrhée assez fréquente.

Sensibilité générale au froid, à la chaleur, très diminuée. (Hypoesthésie). — Organes des *sens* : La vue et l'audition sont normales, l'odorat paraît très obtus. Sentiments affectifs à peu près nuls. L'enfant paraissait cependant plus affectueux chez ses parents que depuis son entrée à Bicêtre.

Température à l'entrée.

Date		*Soir*	*Matin*
23 *juillet* 1892	1er jour	37°,1	»
24 *juillet*	2e jour	37°,	37°
25 *juillet*	3e jour	37°,4	37°,3
26 *juillet*	4e jour	36°,9	37°,3
27 *juillet*	5e jour	37°,3	37°

Etat actuel (29 août 1892.) — Etat général bon. *Embonpoint* satisfaisant ; air de santé. Teint coloré. Physionomie hébétée. Peau blanche, rosée, glabre. Cheveux châtains, assez abondants. Pas d'adénites cervicales ni axillaires, petits ganglions durs dans les triangles de Scarpa.

TÊTE. — *Crâne* : de volume moyen, ovoïde et asymétrique. Développement plus accentué de tout le côté droit. Les bosses frontales et pariétales droites sont plus accentuées que les gauches. La partie droite de la bosse occipitale est plus développée que la gauche. *Front* haut, surtout latéralement, et bombé sur la ligne médiane.

Face ovale. Asymétrie très légère. La partie droite est moins développée en hauteur que la partie gauche. Les arcades sourcilières ne font qu'une légère saillie. Les pau-

pières sont bien conformées. Fentes palpébrales largement ouvertes. Sourcils blonds bien implantés. Cils châtains. Pas de blépharite. Orbites, rien à noter. *Yeux*. Pas d'exophtalmie, ni de strabisme, ni de paralysie, ni de nystagmus. Iris : de couleur marron uniforme. Pupilles également dilatées, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. L'examen fonctionnel de l'œil est rendu impossible par l'état intellectuel de l'enfant.

Nez droit, bien conformé. Lobules un peu volumineux, arrondis. Narines bien ouvertes, regardant directement en bas ; odorat nul. L'enfant ne réagit pas à l'odeur de l'ammoniaque. Les pommettes ne font aucune saillie. La pommette droite est un peu plus développée que la gauche. Fente buccale non horizontale, oblique en bas et à gauche ; longueur 4 cent. Les deux lèvres sont mal dessinées, épaisses. — La lèvre supérieure est un peu plus épaisse que la lèvre inférieure. — Voûte palatine ogivale ; voile du palais, amygdales, luette et langue normaux. *Goût* : très peu développé : l'enfant ne témoigne aucun dégoût au sulfate de quinine. — *Dents* : saines, à l'exception des molaires, dont les unes sont gâtées et les autres absentes. Atrophie cuspidienne, émail jaunâtre. — *Menton rond* ; la partie droite semble plus saillante que la partie gauche. — *Oreilles* : volumineuses, très écartées du crâne. Tubercule de Darwin. Hélix moyennement ourlé. Anthélix épais et large. Tragus, et antitragus épais et volumineux. Lobule volumineux, non soudé.

Cou : Circonférence 0,26. — Corps thyroïde à peine sensible.

Membres supérieurs : de forme, d'attitude, de volume normaux. Jointures, mains et doigts, rien à noter. Pas d'onychophagie. Préhension régulière.

Membres inférieurs. — Volumineux. Léger épaississement des condyles internes des fémurs. Attitude régulière. Articulations, orteils, voûte plantaire, normaux et marche normale.

Thorax : volumineux, large, bombé en avant ; ne présente ni saillie, ni courbure pathologique au niveau de la colonne dorsale. Respiration abdominale. — Percussion et auscultation : rien à signaler.

Examen fonctionnel : mouvements volontaires et provoqués normaux. *Réflexes* : L'évaluation du réflexe patellaire est difficile, l'enfant raidissant ses membres.

Abdomen : globuleux, pas trop volumineux.

Le tronc (thorax et abdomen) est parfaitement cylindrique. On ne sent ni le foie, ni la rate. Cicatrice ombilicale saillante. Région anale normale.

Puberté et organes génitaux. — Pilosité nulle. Verge : longueur 0,04 cm., circonférence 0,05 cm. — Bourses très petites. Testicule gauche en situation normale, du volume d'un petit œuf de pierrot. Testicule droit très petit, n'est pas descendu dans les bourses se trouve dans le canal inguinal.

Fonctions digestives normales. — *Sensibilité générale* intacte dans ses trois modes. — *Intelligence* nulle. La *parole* fait complètement défaut.

1892-1893. — Traitement ; sirop d'iodure de fer ; huile de foie de morue ; hydrothérapie, école.

1894. — Traitement; hydrothérapie: douches de 35 secondes, etc.

1895. *Avril.* — *Puberté.* Etat glabre de tout le corps. La verge a une longueur de 4 cm., une circonférence de 4 cm.5. Le testicule droit est encore dans le canal inguinal. Le testicule gauche est dans les bourses, de la grosseur d'un œuf de moineau. — Même traitement.

1896. *Juillet.*—Aucune modification du côté des organes génitaux. — Même traitement.

1897. — Aucune modification du côté des organes génitaux. Pilosité nulle. Même traitement que les années précédentes.

1898. — Même traitement. Aucune progression dans le développement des organes génitaux.

Septembre. — *Fièvre typhoïde* qui évolue sans complications, ni accidents. La défervescence s'effectue brusquement le 18 octobre. Convalescence normale.

1899. — Le 28 avril, l'enfant entre à l'isolement pour une *rougeole*. Sort guéri le 13 mai.

1900. Le 4 avril, l'enfant rentre à l'isolement pour une *scarlatine*. — Sorti de l'isolement le 9 mai.

Septembre. — La *puberté* a peu progressé. Etat glabre de tout le corps, sauf un léger duvet sur les membres inférieurs. Verge de 5 cm. de long sur 5 de circonférence. Testicules de la grosseur d'un œuf de merle.

1901.— Aucune modification dans l'état de l'enfant.

MM. Hallopeau et Fournier (Edm.) pratiquent l'examen de la dentition : Erosions dentaires, atrophie cuspidienne qu'ils mettent sur le compte de l'hérédo-syphilis ? Les parents

Mesures de la tête.

	1892	1893	1894		1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	Août	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Circonférence horizontale maxima.	51	51	51	51.2	51.2	52	52	52	52	52	52	52	52	52.5	53	54	54	54	54	54	53	53
Circonférence biauriculaire........	28	28	28.2	28.3	28.3	28.3	33	35	35	35	35	35	35.5	35.5	36	36	36	36	36	36	35	35
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.......	37	37	37.1	37.2	37.2	37.2	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Diamètre antéro-postérieur maximum	18	18	18	18	18	18	18	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	19	19	19	19	19	19	18.5	18.5
Diamètre bi-auriculaire	14.5	14.5	14.6	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	15	15	15	15	15	15	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	15	15
Diamètre bi-pariétal	12.8	12.8	11.8	11.9	11.9	11.9	15	15	15	15	15	15.5	15.5	15.5	16	16	16	16	16	16	13	16
Diamètre bi-temporal	»	»	»	»	»	»	»	11	11	11.5	11.5	12	12	12.5	13	13	13	13.5	13.5	13.5	13.5	13.5
Hauteur médiane du front...........	6	6	6	6	6	6	6	6	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.8	7	7

Tableau du Poids et de la Taille.

	1892		1893		1894		1895		1896		1897	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
	k.d.											
Poids ..	»	18.»	20.7	22.5	23.»	21.5	19.8	20.»	22.»	22.3	22.7	22.8
	m.c											
Taille ..	»	1.04	1.05	1.06	1.07	1.07	1.07	1.08	1.10	1.11	1.11	1.13

	1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids ..	23.7	24.1	25.»	27.5	27.8	31.7	28.5	30.8	32.3	29.7	32.7	36.5
Taille ..	1.14	1.17	1.17	1.21	1.23	1.23	1.25	1.27	1.28	1.29	1.29	1.33

interrogés isolément et avec soin nient absolument la syphilis. Il a-t-il eu une interposition ?

1903. — *Examen de l'enfant.* L'enfant porte tout au plus 8 à 9 ans, alors qu'il en a 16. Il a la stature d'un enfant de 8 ans. Squelette grêle. — Membres arrondis, recouverts d'un pannicule graisseux assez épais. Aucune saillie musculaire n'est dessinée. Les membres supérieurs s'effilent régulièrement de leurs racines à leurs extrémités. Tronc cylindrique. — Thorax globuleux, arrondi. — Abdomen saillant.

Puberté. La pilosité est à peu près nulle. L'enfant ne présente qu'un léger duvet sur les membres inférieurs. Les membres supérieurs, les aisselles, le thorax et l'abdomen sont glabres. Les parties génitales sont glabres. Les testicules sont de la grosseur d'un œuf de merle. La verge mesure 5 cm. de long sur 5 cm. de circonférence.

La taille de l'enfant est de 1 m. 29 au lieu de 1 m. 55, taille normale à l'âge de 16 ans. — Son *poids* est de 32 kg. 7, également inférieur à celui d'un enfant normal.

L'*intelligence* de l'enfant est à peu près nulle : c'est un *idiot profond.*

1904. *Juin. Puberté.* — Les lèvres, le visage, les aisselles sont glabres. Quelques poils, formant un petit bouquet, de chaque côté de la verge, réunis par une bande de poils courts et rares. La verge est bien développée (longueur, 9 cent. 5, circonfér. 9 cent.) ainsi que les testicules qui ont la grosseur d'un œuf de pigeon. Anus et périnée, glabres. — La physionomie est celle d'un enfant.

Le *nanisme* est bien évident et se traduit par une différence en moins de 96 cent. Quant à l'*infantilisme*, il n'est pas moins indubitable : absence à peu près complète du système pileux, physionomie d'un enfant. Seuls, la verge et les testicules sont en rapport avec l'âge.

OBS. XXXVII. — IDIOTIE ; PYROMANIE ; NANISME AVEC INFANTILISME.

SOMMAIRE. — *Père, alcoolique invétéré ; tremblement ; caractère violent ; rhumatisant. — Grand-père paternel alcoolique. — Grand'mère paternelle morte hémiplégique.—Tante paternelle très petite. — Plusieurs grands-oncles et tantes paternels morts de tuberculose. — Mère, caféisme ; caractère très violent ; coleres furieuses. — Grand'père maternel, mort de tuber-*

lose pulmonaire. — Grand'mère maternelle, très coléreuse, morte d'un cancer de l'utérus.—Deux cousins morts de méningite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 15 ans (père plus âgé). *— Frère mort d'une méningite. — Conception dans l'ivresse alcoolique. — Grossesse accidentée par des coups et des syncopes. — Première dent à 10 mois. — Marche et début de la parole à 6 ans.— Grincement de dents.—Kroumanie. —Accouchement à 8 mois et demi. — Gâtisme persistant.— Description du malade.—Nanisme et infantilisme.— Traitement thyroïdien* (1895-1898). *— Une sœur est petite.*

Chail.. (Charles), né à Paris le 13 octobre 1883. Entre dans le service le 7 février 1893.

Antécédents héréditaires (*Renseignements fournis par la mère*, le 3 mai 1893). — PÈRE, 60 ans, journalier ; *alcoolique* avéré ; il était presque constamment en état d'ébriété. Il est atteint maintenant d'un *tremblement* dû à l'intoxication par l'alcool. Tabagisme. Syphilis peu probable. Caractère violent et emporté, vindicatif. *Rhumatisant.*

Famille du père. Père mort à 72 ans, *alcoolique. Mère,* très nerveuse, morte après *hémiplégie. Frères et sœurs* au nombre de vingt-quatre. Quatre seulement survivent. Parmi eux certains sont nerveux. Une de ses *sœurs* est morte *folle* à la Salpêtrière.

MÈRE, 45 ans, blanchisseuse. Elle s'est intoxiquée par le *café*. Elle a un caractère extrêmement emporté, et se met en colère au moindre motif. Ses colères sont de véritables fureurs qui la rendent malade pendant huit jours. Elle mesure 1m 59.

Famille de la mère. Père mort à 53 ans de *tuberculose pulmonaire. Mère* morte à 40 ans d'un *cancer de l'utérus* ; coléreuse comme sa fille.

Pas de consanguinité. Différence d'âge de 15 ans entre les conjoints. 6 *enfants*. Les deux premiers sont bien portants et normaux. Le troisième est mort à un mois d'une affection mal déterminée.Le cinquième est mort en bas-âge de *méningite*. Le sixième est mort d'une pleurésie. Une sœur, 30 ans, peu intelligente, n'a que 1m 50.

Le père de Chail.. est entré à l'hospice de Bicêtre, comme atteint de *sclérose combinée*. Interrogé de nouveau, il a affirmé qu'il n'y a pas de nains dans sa famille. *Il a été réformé par défaut de taille* (1m 53).

Le malade. — A l'époque de la *conception*, éthylisme du père, mais la conception n'a pas eu lieu dans l'ivresse même, car alors « il est impuissant ». Durant la *grossesse*, la mère subit des mauvais traitements de la part du mari. Elle eut des *syncopes* fréquentes. Quinze jours avant le terme de l'accouchement, elle a eu une violente colère à la suite de laquelle elle est accouchée subitement.

A la naissance, l'enfant est bien constitué et de poids normal. Il n'est pas asphyxié. Elevé au biberon. 1re dent à 10 mois. Marche à six ans. Il n'est pas encore propre. Jamais de convulsions. Durant toute sa première enfance, le sujet est chétif et mal portant. Son intelligence reste obtuse. Ses instincts sont la gourmandise, la pyromanie, la krouomanie. Il s'arrache les ongles et grince souvent des dents. Sommeil normal. Jamais d'hallucinations.

L'enfant est affectueux pour ses parents. Il n'a jamais eu que deux maladies infectieuses, la rougeole et la coqueluche, graves il est vrai. Jamais d'affections scrofuleuses.

Etat actuel pris en avril 1893.—L'enfant a un état général satisfaisant. L'expression du visage est rêveuse, inquiète.

Crâne : *Caput quadratum*. Front olympien. Oreilles grandes et décollées ; toutes les saillies en sont très accentuées. Voûte et voile palatins très ogivaux. Atrésie considérable de la voûte, d'où prognathisme supérieur et chevauchement des dents de l'arcade dentaire inférieure. L'émail des dents est jaune noirâtre. Les canines et les incisives présentent de l'atrophie cuspidienne. — Le *cou* est très court.

Les membres supérieurs et inférieurs sont bien conformés et ont un volume et une attitude normaux. Du côté du thorax, rien de particulier à signaler. Abdomen saillant.

Organes génitaux et puberté : Etat glabre de tout le corps. Verge longue de 3 cm. 5, circonf. 4 centim. Testicules gros comme un œuf de moineau.

Intelligence obtuse. L'enfant peut à peine répondre à quelques questions. *Taille* : 1 mètre. *Poids* : 15 k.

Les années suivantes, de 1893 à 1899, les *organes génitaux* ne se développent pas, restent stationnaires. Aucun caractère sexuel accessoire n'apparaît.

1900. L'enfant est glabre partout, sauf un léger duvet sur le dos. La verge a une longueur de 4 centimètres 5 et une circonférence de 4 c. 1/2. Gland découvert. Testicules du volume d'un œuf de serin.

Tableau du poids et de la taille

	1893	1894	1895	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902	
	Janv.	Déc.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	15k. »	18k. 7	20k. »	19k. 5	21k. 2	21k. 2	21k. 2	24k. »	23k. 7	26k. »	27k. »	25k. 5	27k. 5	28k. »	29k. 5	30k. 2	31k. 2
Taille.......	1m »	1m 04	1m 06	1m 09	1m 11	1m 13	1m 14	1m 18	1m 19	1m 21	1m 24	1m 25	1m 26	1m 27	1m 29	1m 31	1m 33

La *taille* de l'enfant restant au-dessous de la normale, celui-ci est mis au *traitement thyroïdien* à partir du 1er janvier 1900. Un examen, pratiqué en novembre 1902, nous montre que cet enfant, qui est âgé de plus de dix-sept ans, n'a qu'une taille de 1 m. 25 c'est-à-dire 34 centimètres et demi au-dessous de la normale. Son poids n'est que de 31 k. 200 (c'est-à-dire 18 k. 500 gr. au-dessous de la normale).

L'enfant présente de *nombreux stigmates de dégénérescence : caput quadratum*, front olympien, grandeur démesurée et décollement des pavillons de l'oreille, voûte et voile du palais très ogivaux, prognathisme supérieur. Le facies de l'enfant est vieillot, il paraît bien celui d'un sujet de vingt ans. Par contre, son corps présente tous les caractères de l'*infantilisme*. Le thorax est petit, l'abdomen saillant, le tronc est cylindrique. Les saillies musculaires du thorax sont peu marquées. Le pannicule adipeux est notable.

Les membres supérieurs et inférieurs sont grêles, les saillies musculaires n'y sont pas dessinées. Le cœur offre une matité petite ; la pointe bat dans le quatrième espace intercostal en dedans du mamelon. Microsphygmie. Les caractères sexuels du sujet sont à peine marqués. La pilosité est nulle, on ne constate qu'un léger duvet au pubis. Le développement des organes génitaux est en retard. La verge a 4 centimètres 5 de longueur et de circonférence. Les testicules, descendus, ont le volume d'une noisette.

1904. *Juin*. — *Puberté*. Moustaches naissantes formant une bande d'un centimètre. — Fin duvet au menton et à la lèvre inférieure. Duvet abondant aux joues. Thorax, ventre, fesses, membres glabres. Dans les aisselles, poils noirs (4 cent. sur un) à droite, moins abondants à gauche. Sur le pénil, poils courts (8 cent. sur 2) : rien dans les aines. Verge 6 cent. de longueur sur 9 de circonférence. Gland pointu, avec *trace du sillon sur la ligne médiane de la face supérieure de la base du gland au méat. Léger épispadias*. Testicules du volume d'un œuf de pigeon, le gauche un peu plus petit. Quelques poils sur les bourses. Périnée, anus, poils peu abondants.

Ce malade a été mis à la glande thyroïde à différentes reprises de 1900 jusqu'en 1903. Sa taille qui, en 1900, à 17 ans, était de 1 m. 25, soit 34 cent. en moins (1 m. 59), est actuellement, juin 1904, de 1 m. 46, soit 21 cent. en moins (1 m. 67 à 21 ans). Son poids, 39 kil., est inférieur de 22 kil. au poids moyen à son âge. Bien que resté ***nain***,

la différence de sa taille moyenne, grâce à la médication thyroïdienne, a notablement diminué : 21 cent. au lieu de 34.

OBS. XXXVIII. — IMBÉCILLITÉ ; NANISME ; INFANTILISME.

Motte... (Andrée-Céline), née le 18 février 1891. Entrée le 26 août 1899.

1902. Poids : 18 kg. 100 ; Taille 1 m. 14 (soit en moins 15 cent.) 1er traitement du 1er août au 31 octobre : 0 gr. 25 à 1 gr. Poids : 15 kg. 400 ; Taille : 1 m. 15.

1903. Poids : 16 kg. ; Taille : 1 m. 15. *Deuxième traitement* du 1er janvier au 25 février : 0 gr. 25 à 0 gr. 75. Poids : 15 kg. ; Taille : 1 m. 155 Le traitement est suspendu à cause d'*accidents tuberculeux*.

1904. *Juin*. — Poids : 21 kg. 500 ; Taille : 1 m. 22 au lieu de 1.40 ; en moins 18 cent. Seins naissants, gros comme une petite olive. Une vingtaine de poils au-dessus de la commissure supérieure des grandes lèvres. D'où *infantilisme*.

OBS. XXXIX. (*Résumée*.) — ARRIÉRATION ; ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT AVEC INFANTILISME PARTIEL.

Cro.... (Georges), né le 19 mars 1873 ; entré dans le service le 28 août 1888. Passé dans l'une des divisions de l'hospice le 3 février 1900.

Père mort à 43 ans de *méningite tuberculeuse*. Tante maternelle, aliénée. *Mère nerveuse*. Grand-père maternel mort d'*excès de boisson* ; un oncle maternel mort d'une attaque d'*apoplexie*.

La grossesse a été troublée par de nombreux accidents. (Mauvais traitements du mari, etc.) Première dent à 1 an. Parole à 2 ans. Marche à 16 mois. Pas de convulsions. Bégaiement à la suite d'une peur violente ? *Tics*.

1896. *Janvier*. — Cro..., est soumis à la *médication thyroïdienne*. Les résultats sont consignés dans les tableaux suivants :

Tableau des poids et taille avant le commencement du traitement.

	1892	1894	1895 Janv.	1895 Juil.
	—	—	—	—
Poids	42.900	43.250	42.900	43.800
Taille	1.44	1.45	1,45	1.45

Tableau des modifications survenues. On administre un 1/2 lobe de glande thyroïde de mouton tous les jours :

Mois	Dates	Poids	Taille
—	—	—	—
Janvier.......	1	42.500	1.45
—	10	42.500	1.45
—	17	42.300	1.45
—	25	43.500	1.45
Février.......	1	43.	1.45
—	7	42.700	1.45
—	14	42.700	1.45
—	21	41.500	1.455
—	29	41.800	1.455
Mars.........	10	42.500	1.455
—	19	42.900	1.455
—	28	42.900	1.455
Avril.........	7	42.900	1.456
—	16	42.700	1.456
—	25	42.700	1.460
Mai...........	4	42.700	1.460
—	13	42.700	1.460
—	21	42.700	1.460
—	29	42.700	1.460
Juin.........	7	42.700	1.460
—	16	41.700	1.460
—	24	41.700	1.460

En résumé, l'*augmentation de la taille* n'a été que d'*un centimètre* en six mois de traitement. Il est juste d'ajouter que l'accroissement de Cro.., avait été nul en 1894 et 1895 et que de plus, il est *âgé de 22 ans*.

Second traitement du 1er août au 30 septembre. *Capsules* de *Yvon*. Une pendant 8 jours, puis deux, enfin trois le restant du traitement. *La taille est restée la même*.

1897. Troisième traitement du 5 janvier au 1er avril (1 gr. de glande pendant 15 jours, puis 1 gr. 25.

Quatrième traitement du 1er juillet au 31 décembre. (1 gr. pendant 15 jours, puis 1 gr. 50).

L'accroissement a été très faible dans ce cas. Mais il faut se souvenir que le malade a 23 ans et que depuis le mois de janvier 1893 jusqu'au mois correspondant de 1896, c'est-à-dire pendant deux ans, la taille était demeurée stationnaire. Nous étions surpris, après avoir constaté une augmentation

de taille d'un centimètre durant le premier traitement, en 1896, de voir la taille demeurer la même pendant les trois autres périodes de traitement. La *radiographie*, faite en février 1899, nous en a fourni l'explication en nous montrant que les cartilages épiphysaires étaient *complètement soudés*.

Cr.., très amélioré au point de vue intellectuel, bon apprenti tailleur, est passé, en raison de son arrêt de développement qui le rendait difficilement plaçable au dehors, dans l'une des divisions de l'hospice. Nous l'avons revu le 25 nov. 1903 (30 ans et demi). Son *poids* est de 50 kilogr. ; sa *taille* de 1 m. 47, soit 16 k. et 21 centimètres et demi au-dessous de la moyenne à son âge.

Puberté et organes génitaux.— La moustache est constituée par deux petites bandes de poils courts, peu fournis, avec interruption d'un cent. au-dessous de la cloison nasale. Rien à la lèvre inférieure. Poils assez abondants sur les joues, formant une bande de 3 à 4 cm. qui se continue à droite avec les poils assez abondants qui existent sous le menton et au niveau de sa partie inférieure. A gauche, il y a une interruption d'un cent. au moins entre les poils du menton et les poils de la joue.

Poils assez abondants sur la moitié inférieure de la face dorsale des avant-bras. Sous les aisselles, bande de poils moyennement longs, de 6 cm. sur 2 1/2 cm., un peu plus fournis à droite qu'à gauche. Sur le sternum, entre les mamelons, îlot de poils, de 5 1/2 cm. sur 5 1/2 cm. Le reste de la poitrine, le dos, les bras, les reins, les fesses, sont glabres. Poils abondants, châtains, bouclés, moyennement longs, recouvrant tout le *pénil*, envahissant les aines, et formant un triangle remontant jusqu'au nombril.

Verge volumineuse ; longueur 8 cm.; circonf. 9. Bourses petites. Les testicules sont très petits, par rapport au volume de la verge; le droit est du volume d'un petit œuf de pie, le gauche est d'environ 1/5 un peu plus gros.

Poils abondants sur la face antéro-externe des cuisses et sur toutes les faces des jambes ; plus à droite (comme dans les aisselles). Poils abondants autour de l'anus et de chaque côté du périnée.

Le *nanisme* (relatif) est indubitable. Il se complique d'un *infantilisme* partiel : poils rares (plutôt du duvet), sur la lèvre supérieure, petitesse notable des testicules en désharmonie avec le volume normal de la verge. Le malade dit ne pas avoir eu de rapports sexuels, mais toujours, son facies l'indique, il se livre à l'onanisme.

OBS. XL. (*Résumée.*) IMBÉCILLITÉ ; RUMINATION PAR IMITATION ; CROISSANCE RETARDÉE ; INFANTILISME.

Quêm... (Emile), entre dans le service le 25 mars 1895. Il est né le 29 février 1878.

On trouve dans ses antécédents : père *alcoolique* ; un grand-père paternel *alcoolique* ; mère nerveuse probablement atteinte de *tuberculose* pulmonaire, grand-père maternel mort *tuberculeux*, aïeul maternel mort d'une attaque d'*apoplexie* ; aïeule maternelle morte aussi de sa deuxième attaque d'*apoplexie* ; tante maternelle *aliénée*.

Conception probable pendant l'ivresse. Emotions, frayeurs, pendant la grossesse. Rougeole à 4 ans.

Au mois de février 1896, Quêm... est soumis à la *médication thyroïdienne.* On donne d'abord une pastille puis deux pastilles de thyroïdine par jour (en mars).

Tableau des poids et taille avant le traitement :

	1893	1894	1895 Janv.	1895 Juil.	1896
	—	—	—	—	—
Poids.	25.500	28.400	26.400	28.400	27.500
Taille.	1.29	1.30	1.31	1.321	1.325

De 1893 à 1896, l'enfant n'a grandi que d'un centimètre par année. Pendant tout le cours de l'année 1895, la taille n'a pas varié. Les modifications dues au traitement thyroïdien sont indiquées dans le tableau suivant :

Mois	Dates	Poids	Taille	
Février..........	8	26.700	1.325	Une pastille par jour.
—	15	26.700	1.325	
—	22	28.400	1.330	
—	28	28.400	1.330	
Mars............	10	27.900	1.330	Deux pastilles par jour.
—	19	27.900	1.330	
—	28	27.900	1.330	
Avril............	6	27.900	1.330	
—	15	27.400	1.340	
—	23	27.400	1.340	
Mai..............	2	27.500	1.350	
—	13	27.500	1.350	
—	21	27.500	1.350	
—	27	25.500	1.350	
Juin............	6	26.500	1.350	
—	16	26.600	1.350	
—	24	27.500	1.350	

On voit que la taille a augmenté de deux centimètres et demi en cinq mois de traitement. Le résultat est frappant si l'on rapproche ce tableau du précédent. Quêm.... est âgé de 18 ans.

Second traitement.

1896.

Mois	Dates	Poids	Taille
Juillet	8	29.250	1.35
—	17	29.300	1.35
—	25	29.300	1.35
Août	3	28.600	1.35
—	10	28.600	1.35
—	18	28.700	1 355
—	29	28.700	1.355

Les effets de ce nouveau traitement sont peu marqués en ce qui concerne la taille, l'enfant gagne néanmoins 1/2 centimètre en deux mois. Son poids s'abaisse de quelques centaines de grammes.

Durant les deux traitements, bien que la dose de thyroïdine ait été faible, Q... *a grandi de trois centimètres en sept mois*. Sa taille restait de 28 cent. au-dessous de la moyenne ($1^{m}63$). Si, par un oubli regrettable, le traitement avait été repris, sa taille se serait certainement accrue davantage, car la radiographie a montré que les cartilages épiphysaires du fémur et du tibia n'étaient pas soudés. Cependant le traitement semble avoir eu pour conséquence de donner une impulsion à l'accroissement, car la taille s'est élevée à $1^{m}37$ en 1897, $1^{m}40$ en 1898, alors que durant toute l'année 1895 (avant le traitement), elle n'avait pas bougé (1).

La *puberté* était en retard. En effet, la face, les aisselles, le thorax étaient glabres. Il n'y avait que quelques poils rares de chaque côté de la verge. Celle-ci était assez développée : 55 mm. de longeur et 6 cent. de circonférence ainsi que les testicules (dimension d'un petit œuf de pigeon).

---

(1) Quê... a été transféré à l'asile de Villejuif le 24 mai 1899. La taille était restée la même depuis 6 mois.

OBS. XLI. — IMBÉCILLITÉ ; NANISME ; INFANTILISME.

Delapl... (René), né le 10 avril 1883, entré le 17 août 1898.

1901. — *Poids* : 40 k. 500. *Taille* : 1 m. 41. 1er traitement du 1er mai au 30 novembre, 0,25, 0.50, 0.75, 1 gr. ; Poids : 40 k. 500, taille : 1 m. 45.

1902. Poids : 40 k. 200 ; taille : 1 m. 45 ; 2e traitement du 1er février au 30 avril, 1 gr. ; poids : 40 k. 150 ; taille : 1 m. 46. — *Septembre*. Poids : 40 k. 150 ; taille : 1 m. 46 ; 3e traitement du 1er septembre au 30 novembre, 1 gr., Poids : 40 k. 100 ; taille : 1 m. 47 ; soit à la fin de ce troisième traitement un gain de six centimètres.

1904. — 1er *juin*. — Le malade n'a pas eu de glande thyroïde depuis la fin de 1902. *Poids* : 48 k. 600 ; *Taille* : 1 m. 545 d'où une différence en moins de 12 cent. 1/2.

1904. — *Juin*. — *Puberté*. — Fin duvet commençant à ombrer la lèvre supérieure, rien à la lèvre inférieure ni sur les joues. Aisselles et tronc glabres. Fin duvet entre les deux épaules, rien sur les fesses ni sur les membres.

Poils châtains, frisés assez longs, sur la partie inférieure du pénil (8 c. sur 3). Verge : 7 cent. sur 7 de long. Gland découvrable, pointu, méat normal. — *Testicules volumineux*, de la grosseur d'un petit œuf de poule ; égaux. Poils assez abondants au périnée et au pourtour de l'anus.

Le malade a 21 ans, sa physionomie est infantile, la puberté, bien développée au point de vue génital, est nulle pour le système pileux de la face, du tronc et des membres.

OBS. XLII. — IDIOTIE ; NANISME AVEC INFANTILISME.

Gava.. (Emile), né le 31 janvier 1890, entré le 26 mai 1899.

1903. Poids : 38 k. ; taille : 1 m. 17 ; 1er traitement du 1er janvier au 30 juin. Poids : 29 k. ; taille : 1 m. 20. Après cessation de traitement le 8 juillet, poids : 29.700, — le 15 juillet, poids : 30 k. 400, — le 31 juillet, 32 k. 100. Le poids est donc remonté très rapidement.

1904. — 1er *juin*. — Poids : 32 k. 800 ; taille : 1 m. 25, au lieu de 1 m. 47, soit en moins 22 c.

OBS. XLIII. — IMBÉCILLITÉ AVEC PERVERSIONS INSTINCTIVES ; NANISME ET INFANTILISME.

Pich.. (Charles), né le 25 août 1881. Entré le 12 juillet 1893, sorti le 15 mai 1901.

1896. Poids : 35 kil. 811 ; taille : 1 m. 35, soit 15 cent. en moins. Premier traitement du 10 juin 1896 au 29 mai 1897, 1 gr. ; poids : 36 k. 7 ; taille : 1 m. 385. Deuxième traitement du 20 juin au 20 septembre ; poids : 39 k. 200 ; taille : 1 m. 42.

Durant ces deux traitements, la taille s'est accrue de 7 centimètres.

Les observations qui précèdent, malgré quelques lacunes, montrent que dans le *nanisme* avec *infantilisme*, aussi bien que dans le *nanisme simple*, la médication thyroïdienne détermine l'accroissement de la taille.

OBS. XLIV. (*Résumée.*) IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE ; MICROCÉPHALIE ; INFANTILISME.

Gautr... (Louis), né le 17 septembre 1874, entre dans le service le 22 octobre 1884. Passé aux adultes (5e, 1e) le 19 novembre 1896 ; transféré à Montauban le 15 août 1899.

Antécédents : oncle paternel, *aliéné*. Grand père maternel, *alcoolique* ; oncle maternel, *paralysé* ; sœur, *convulsions* dans l'enfance, *asphyxie bleue* à la naissance, accouchement par le siège ; circulaires du cordon. Pas de convulsions. Début de la marche à 6 ans, de la parole à 7 ans ; accès de colère à 10 ans, qui ont nécessité son placement.

De 1892 à 1896, l'augmentation de la taille a été la suivante :

	1892	1893	1896 Janvier.	1896 Juillet.
Poids........	31.200	32 »	35 »	35.200
Taille........	1.31	1.31	1.33	1.39

1er *février* 1896 : *médication thyroïdienne*. On observe les modifications indiquées dans le tableau suivant :

Mois	Date	Poids	Taille	
Février	8	37.900	1.40	On donne une pastille de thyroïdine par jour.
—	14	37.500	1.41	
—	22	37.500	1.415	
—	28	37.200	1.420	
Mars	9	36.200	1.420	
—	17	36.200	1.420	
—	26	36.500	1.420	
Avril	3	37	1.420	
—	11	37	1.420	

Mois	Date	Poids	Taille
—	—	—	—
Avril.........	20	35.950	1.420
—	28	35.950	1.420
Mai	4	35.950	1.430
—	13	35.500	1.430
—	21	35.450	1.430
—	29	35.500	1.430
Juin.........	7	35.700	1.430
—	16	35.600	1.435
—	24	35.700	1.435

On voit que la *taille* a subi un accroissement de *trois centimètres et demi* de janvier à juin 1896, en cinq mois de traitement. Le *poids* du sujet a également diminué et ceci assez rapidement. Il est ensuite resté stationnaire pour se relever lentement. La taille a toujours continué à s'accroître.

Les signes d'infantilisme se sont atténués à partir de 22 ans, ainsi que le montre sa *puberté* à la fin de 1897.

20 *décembre*. — Moustache fine, noire, large d'un centim. ; favoris peu larges. Poils assez abondants sous le menton. Mouche, petits poils. Poitrine glabre. Poils peu abondants sous les aisselles. Poils très abondants au pénil et à la racine des bourses, commençant à envahir les aines ; petite traînée de poils allant jusqu'au nombril. Testicules de la dimension d'un œuf de pie ; le droit est un peu plus gros que le gauche. Verge, longueur 8 cent., circonférence, 8 cent. Gland découvert, méat normal. La face postérieure du tronc et les membres sont glabres. Poils abondants à l'anus et au périnée.

Obs. XLV. (*Résumée*). Idiotie ; nanisme ; infantilisme.

Sienkew... (Stanislas-Jean), né le 2 juillet 1877. Traitement du 1er janvier 1896 au 30 juin (glande thyroïde de mouton). 182 jours ; 88 gr. 50.

Le *poids* qui était de 32 kg. 900 est descendu à 27 kg. 700 du 8 février 1896 au 30 juin. La *taille* qui était de 1 m. 47 s'est élevée à 1 m. 49.

Second traitement du 1er juillet au 15 août, glande fraîche ; du 15 septembre au 10 octobre, tablettes de Welcome. La *taille* est montée à 1 m. 495. Les effets du traitement ont été de faire

élever la taille de 2 cm. 5 en 7 mois et de *faire abaisser le poids de* 5 *kgs.* D'où action nette sur l'*amaigrissement.*

§ III. — Nanisme avec obésité.

L'action de la glande thyroïde dans cette variété de nanisme porte à la fois sur l'accroissement de la taille et sur le développement exagéré du système adipeux qu'elle arrête ou diminue. Après avoir relaté une observation complète très démonstrative, nous en résumerons quelques autres qui seront suivies d'autres *observations complètes.*

OBS. XLVI.— ARRIÉRATON INTELLECTUELLE ; NANISME ; OBÉSITÉ.

SOMMAIRE. — *Père, pas d'accidents nerveux. Renseignements insuffisants sur sa famille. Mère hystérique? — Dans les familles du père et de la mère, on ne signale aucun obèse, ni aucun nain. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge des conjoints* : 23 ans. *Deux sœurs mortes tuberculeuses.*
Conception, grossesse, accouchement, normaux. — Convulsions à l'âge de deux ans. Deux états de mal convulsifs à 2 ans et demi. — Retard dans la croissance dès l'âge de trois ans et demi. Seconde dentition complète seulement à 14-15 ans. Obésité manifeste dès l'âge de 14 ans. Retard dans le développement de la puberté. Traitement thyroïdien : augmentation de la taille. Diminution de l'obésité.

Ra... (Henri-Louis), né le 5 mars 1880, est entré dans le service le 30 mars 1899. Il est passé dans l'hospice le 21 février 1901.

Antécédents. (*Renseignements fournis par la mère du malade*). PÈRE, jardinier, mort à 79 ans de bronchite chronique, après avoir été quatorze mois malade. Rhumatisant, non alcoolique. Pas de tabagisme, non névropathe. Pas de convulsions dans l'enfance. Pas d'indice de syphilis. Caractère très calme. *Il était grand et non obèse.*

Famille du père. Ses *père* et *mère* sont morts alors qu'il n'avait que 14 ans environ : on n'a aucun détail sur eux, ni sur les *grands-parents*, ni sur les *oncles* et *tantes* ; trois *frères* morts vieux, un à 69 ans, après avoir été *paralysé* quatre ans ; les deux autres vers 60 ans. — Deux *sœurs*, l'une est morte à 78 ans ; l'autre, vivante, a 80 ans. — Dans le reste, de la famille, on ne trouve aucune tare, aucune maladie nerveuse,

pas d'épileptiques, pas d'idiots, pas de sujets difformes, strabiques, sourds-muets ; on ne signale aucune malformation congénitale, aucune tare morale ni intellectuelle.

Mère, 57 ans, ouvrière dans une manufacture de laine. De six ans à 7 ans et demi, à la suite d'une peur, elle aurait eu une *dizaine de crises* survenant à la suite de contrariétés. Ces



Fig. 27. — R..., en 1904.

crises semblent être de nature hystérique. Étant enfant, elle était de taille moyenne. Réglée à 13 ans, mariée à vingt ans. Vers l'âge de trente ans, elle commença à éprouver, deux ou trois jours avant ses règles, des douleurs de tête sans vomissements. Elles ont disparu vers cinquante ans ; ménopause à cinquante-deux ans. Ni maladie de peau, ni syphi-

lis. Elle est sobre, calme, non rhumatisante. Elle n'est pas obèse et présente seulement un embonpoint moyen. Elle est bien conservée pour son âge.

Famille de la mère. Père sobre, mort à 65 ans, d'une affection pulmonaire aiguë. — *Mère* morte à 75 ans d'une maladie du foie. — *Grands-parents paternels*, inconnus, morts jeunes,

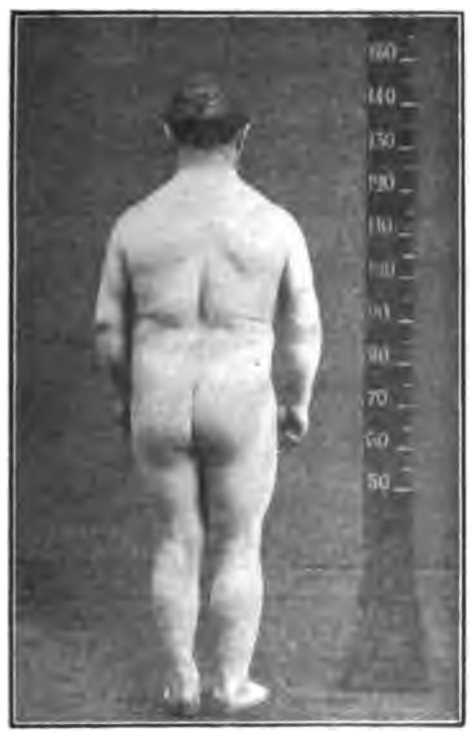


FIG. 28. — R..., en 1904.

ainsi que le *grand-père maternel. Grand'mère maternelle* morte vers 70 ans, sobre, pas d'accidents nerveux. Deux *oncles paternels* morts très vieux. — Deux *frères*, dont l'un est mort à la suite d'une affection pulmonaire chronique à 33 ans. L'autre, 59 ans, se porte bien. Une sœur, 55 ans, bien portante. — Ni les deux *frères*, ni la *sœur*, n'ont eu de convulsions. Ils

ne sont pas névropathes. Il en est de même pour les neveux et les nièces. — Dans le reste de la famille, il n'y a rien à signaler. Pas de tares nerveuses, etc.,

Pas de consanguinité. Le père était de Flexbourg (canton de Waselanne), la mère de Stottyheim (canton de Peinfeld). Il n'y a pas de goîtreux dans ces pays. Il n'y a dans les



FIG. 29. — B..., en 1904.

deux familles ni nains, ni goîtreux, ni obèses. Dans la famille du père, on était en général grand. Inégalité d'âge des deux conjoints : *vingt-trois ans.* (Père plus âgé.)

Sept *enfants.* Le père de notre malade a eu 4 enfants d'un *premier mariage.* Ils sont normaux, sobres, non obèses, de taille ordinaire. Ils ont tous des enfants intelligents et n'ayant

pas eu de convulsions.— D'un *second mariage*, sont nés trois enfants, dont notre malade. Les deux premiers, filles, sont mortes tuberculeuses, l'une à 23 ans, l'autre à 19 ans. Elles ne présentaient aucun retard dans le développement de leur puberté. Elles avaient un développement intellectuel régulier, n'étaient pas obèses,et elles avaient une taille moyenne. Leur tuberculose aurait débuté sous forme de grippe.

Notre malade. – *Conception*, rien de particulier : ni misère, ni alcoolisme, bonne entente et sympathie réciproques. *Grossesse* normale, ni coups, ni chutes, pas d'idées noires, pas d'émotions. Pas d'intoxication, pas de manœuvres abortives. Pas d'albuminurie, pas d'éclampsie, pas de syncopes. — *Accouchement* à terme, naturel en six heures. Présentation du sommet.

A la naissance, pas d'asphyxie ; premiers cris naturels. Il était « gros comme un enfant ordinaire ». — *Allaitement* au sein maternel jusqu'à l'âge de deux ans et demi. Première dent à 7 ou 8 mois, dentition complète à une époque normale : la mère affirme seulement que la dentition de lait n'a fait place à la dentition définitive qu'à l'âge de 14 à 15 ans. — Début de la parole à l'époque normale. Marche à 16 mois. La mère ne sait à quelle époque les *fontanelles* se sont fermées. L'enfant a été propre de bonne heure.

Antécédents morbides. — Vers l'âge de deux ans et demi, l'enfant aurait eu des *convulsions* durant deux ou trois jours. Tous les membres auraient été le siège de contractions toniques et cloniques, ne prédominant pas d'un côté ; écume. La perte de connaissance aurait duré deux heures. Le lendemain, les *convulsions* auraient recommencé, mais elles auraient duré moins longtemps. Après ces convulsions, qui ne se compliquèrent pas de paralysie, l'intelligence de l'enfant ne fut pas modifiée. La *croissance*, à cet âge, semblait régulière. A l'âge de trois ans et demi, on s'aperçut qu'il grandissait moins et, depuis cette époque, sa taille n'a augmenté que très lentement.

Caractère très tranquille et très calme. Pas de mauvais instincts ; pas de tics.

Les *fonctions digestives* ont toujours été normales ; à noter seulement la constipation fréquente. Aucune maladie de l'appareil respiratoire, ni de l'appareil circulatoire.

Maladies infectieuses. — Rougeole, on ne sait à quel âge. Vacciné à deux ans, revacciné à l'école. Pas de variole, ni de

scarlatine, ni de coqueluche, ni de typhoïde, ni d'accidents syphilitiques. Pas de diphtérie, pas d'oreillons ; pas de faux croup. — *Accidents scrofuleux* : rien à signaler.

Sommeil absolument naturel. Sentiments affectifs très peu marqués. — Jamais de traumatisme violent ; notons cependant une plaie contuse de la région occipitale dont il reste une cicatrice.

Au point de vue intellectuel, R.... est peu avancé. Si sa mémoire est assez bonne, si son attention est facile à fixer, son raisonnement est celui d'un enfant de quatre à cinq ans plus jeune que lui. Il sait lire, écrire, faire quelques calculs. Jusqu'à l'âge de 14 ans, il n'a pas changé d'école. Ses camarades, qui le connaissaient depuis longtemps, ne le taquinaient pas, bien qu'ils le voyaient obèse. A 14 ans, les parents ayant changé de quartier, l'enfant changea d'école. Ses nouveaux camarades l'appelèrent « Gros bouffi, pot à tabac ». Mis en apprentissage pour être dessinateur, il ne put continuer ce métier : il était incapable.

Température à l'entrée.

30 mars 1899	1er jour......		37°3
31 —	2e —	37°2	37°3
1er avril —	3e —	37°	37°3
2 —	4e —	37°2	37°
3 —	5e —	37°2	37°4

Etat actuel (avril 1899). — Ce qui frappe, à première vue, c'est le *nanisme et l'obésité* du sujet, qui a l'aspect d'un enfant de 10 ans, alors qu'il a 17 ans et demi. Son état général est bon. Sa physionomie est assez intelligente.

Peau. Cheveux châtains, abondants. Sur le visage, on note quelques petits *nævi pigmentaires* dont les plus gros n'atteignent pas le volume d'une lentille. La peau de tout le corps a un aspect lisse et luisant, sans toutefois posséder le caractère cireux de la peau du myxœdémateux. Cicatrice au niveau de la queue du sourcil gauche consécutive à un traumatisme (2 ans et demi).

Crâne de volume moyen, symétrique, n'offrant pas de saillies anormales. La bosse occipitale est un peu saillante. Au niveau du bregma, on trouve une dépression et il est difficile d'affirmer si la fontanelle antérieure est complètement fermée (?). Les bosses frontales, pariétales et temporales ne présentent rien de particulier. Front : 5 cm.

Face. Le visage est de forme arrondie, symétrique. Les arcades sourcilières font une saillie moyenne et sont moyennement fournies en sourcils. Paupières normales ; pas de blépharite. Cils normaux, abondants, châtains. Fentes palpébrales bien ouvertes. Yeux : motilité intacte ; pas d'exophtalmie, de strabisme, de nystagmus. Iris bleu-grisâtre. Pupilles égales, régulières et bien concentriques. Elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'examen fonctionnel de l'œil montre que l'acuité visuelle du sujet, la vision des objets et des couleurs sont naturelles. Champ visuel normal.

Nez camus, sans déviation, aplati à sa racine, nez ressemblant à celui d'un enfant, *pas dévié*. Les lobules sont bien dessinés, non bifides, narines assez grandes. Odorat normal. *Pommettes* saillantes, symétriques, joues volumineuses, très grasses.

Cavité buccale de dimensions moyennes. Voûte palatine normalement excavée. Voile du palais régulier. Luette et amygdales normales ; l'amygdale gauche est cependant un peu plus volumineuse que la droite. Pharynx, pas de tumeurs adénoïdes. Goût normal. Langue, rien de particulier. *Fente buccale* petite, horizontale, symétrique dans ses deux moitiés. Les lèvres sont plutôt volumineuses ; elles sont saillantes et un peu en ectropion.

Dents. La principale caractéristique du malade au point de vue dentaire est l'immense retard apporté dans son évolution dentaire. Il possède encore une incisive latérale droite temporaire sur le point d'ailleurs d'être remplacée. Aux deux mâchoires, les canines temporaires persistent encore, ainsi qu'une première molaire inférieure droite. Les molaires caduques inférieures gauches n'ont pas encore été remplacées. Enfin les deuxièmes molaires permanentes n'ont pas encore évolué. Au point de vue de leur constitution, les dents permanentes sont saines. Quant à leur disposition nous ne retrouvons d'anomalies qu'à la région incisive supérieure. Là, en effet, les deux incisives médianes semblent le produit de follicules gémellés, leur largeur étant environ double du diamètre normal des incisives. Enfin nous voyons, disposition sans grande importance et due à l'irrégularité d'évolution, l'incisive centrale supérieure droite en rétroversion et se plaçant derrière l'incisive inférieure correspondante. Les deux *maxillaires* présentent un grand développement. Leur courbe est à grand rayon.

Menton, assez saillant, doublé d'un épais pannicule graisseux. *Oreilles* de grandeur moyenne, non décollées et implantées régulièrement. L'hélix, plutôt peu ourlé, l'est régulièrement. Léger tubercule de Darwin. L'anthélix, le tragus et l'antitragus sont normaux. Lobule triangulaire, de grandeur moyenne, non soudé. Conque de dimensions normales, ainsi que la fossette scaphoïde et la fossette de l'anthélix. La racine de l'hélix ne divise pas la conque. La racine du conduit auditif externe est normale. L'ouïe est bonne.

Cou : Circonférence de 34 cm. Le corps thyroïde paraît de volume moyen.

Thorax. La palpation, la percussion et l'auscultation ne dénotent rien à signaler. Sa forme est globuleuse. Au niveau des creux anteaxillaires on trouve un épais pannicule graisseux. *Abdomen* proéminent, volumineux, avec dépression de l'ombilic. Au-dessus des hanches, passe un pli cutané qui sépare la cage thoracique des os iliaques. Le tronc et l'abdomen sont donc bien séparés l'un de l'autre. Le foie et la rate ont leurs dimensions normales. Fonctions digestives régulières. Région anale, normale.

Organes génitaux et puberté. Lèvre supérieure, léger duvet. Lèvre inférieure, joues, menton, glabres, ainsi que la poitrine, l'abdomen et les membres. Aisselles, léger duvet. Pénil, poils rares, long de 3 à 5 cm. Verge : longueur cinq centimètres sur 8 cm. de circonférence.

Membres supérieurs. Leur attitude, leur mobilité, sont normales. Ils sont très courts et très gros, recouverts d'un *épais pannicule adipeux*, mais néanmoins les saillies musculaires sont légèrement esquissées. Les mains, les doigts, les ongles, n'offrent rien de particulier. Préhension normale.

Membres inférieurs également composés de segments courts et gros. Le pannicule adipeux est épais, mais il ne cache pas complètement les saillies musculaires. L'attitude, les articulations de ces membres, la station et la marche sont normales. Plante du pied et orteils normaux.

Les *mouvements réflexes*, volontaires et provoqués, sont absolument normaux. Aucune malformation congénitale ni pathologique à citer.

Sensibilité générale normale dans ses modes : contact, température, douleur. L'intelligence est celle d'un enfant de 10 à 11 ans ; c'est un *niais*. Parole facile et régulière. R..., sait lire et écrire.

1er *avril.* — *Traitement thyroïdien.* Du 1er au 17 avril, il prend 0,50 centigr. de corps thyroïde par jour. Du 17 avril au 6 mai, 0,50 centigrammes tous les deux jours. Suspension jusqu'au 17 mai. Du 18 mai au 1er juin, 0,50 centigrammes tous les deux jours. Suspension du 1er juin au 16 juin. Le 16 juin on reprend le traitement, 0,50 centigrammes tous les deux jours. Le 30 juin, 0.50 centigrammes tous les jours. Le 11 juillet, 0,75 centigrammes tous les jours. Le traitement continue ainsi jusqu'au 18 octobre.

18 *octobre.* — Comme il s'est produit une certaine hausse thermométrique, on suspend le traitement pendant quelques jours, on le reprend à la dose de 0.50 centigrammes tous les deux jours.

A la suite de ce traitement, la *taille* de l'enfant s'est considérablement accrue; son poids a diminué; à l'entrée, il pesait 49,60, sa taille était de 1.30. En juin, le poids est de 42,60, la taille est de 1 m. 325. Le 18 octobre, la taille de l'enfant est de 1.36.

1900. — Continuation du traitement thyroïdien.

Suspension du traitement du 25 février jusqu'au 15 mars.

A cette date, reprise du traitement à la dose de 0,50 centigrammes, puis de 0,75 centigrammes par jour. Du 15 au 21 octobre, on porte la dose à 1 gr. 25. Suspension du traitement depuis la fin du mois d'octobre jusqu'au mois de janvier 1901.

En janvier 1900,	la taille est de	1 m. 37,
—	le poids est de	43 k.
Le 25 février 1900.	Taille........	1 m. 385.
En juin 1900......	Taille........	1 m. 42.
—	Poids........	54 k.
En octobre 1900..	Taille........	1 m. 425.

Pendant cette année 1900, la puberté de l'enfant a fait peu de progrès si ce n'est l'augmentation de volume des testicules. A part un léger duvet à la lèvre supérieure, aux aisselles, à part quelques poils blonds de 3 à 4 centimètres, encadrant la racine de la verge, le corps est glabre. La verge a une longueur de 7 cm. et une circonférence de 8 cm. Les testicules ont le volume d'un petit œuf de poule.

1901. — Rap..., âgé de 21 ans, passe dans l'une des divisions de l'hospice comme *infirme incurable* par *obésité* et *nanisme*, l'empêchant de se placer au dehors.

1902. *Décembre.* — Son poids est de 60 kilogr. 700, sa taille de 1 m. 46. Il a par conséquent 21 centim. en moins

et un kilogr. 200 en plus. Par suite de l'exiguïté de la taille, l'*obésité* est encore très accusée.

Les formes du sujet sont celles d'un adulte. Le thorax est large, les saillies musculaires des pectoraux sont bien indiquées. Les membres sont bien musclés.

Le tronc n'est pas cylindrique, mais l'abdomen est proéminent, recouvert d'un pannicule adipeux épais.

La peau du thorax et des membres est également doublée d'une épaisse couche graisseuse. Le facies du sujet est joufflu, ce qui rajeunit celui-ci.

Léger duvet à la lèvre supérieure, sur les joues ; quelques poils follets sous le menton et au niveau de l'angle de la mâchoire. Aux aisselles, quelques poils rares et courts. Autour du mamelon, quelques poils. Duvet au niveau de l'omoplate et dans la région sous-ombilicale.

Au pénil, poils blonds, peu abondants, couvrant une surface triangulaire de 8 cm. de base sur 3 cm. de hauteur. Les bourses, le périnée, sont recouverts de poils blonds, peu fournis. Les testicules ont le volume d'un œuf de poule. La verge a une longueur de 7 cm. et une circonférence de 8 centimètres.

	1899		1900			
	Janvier	Juin	Janvier	Février	Juin	Octobre
Poids..	49.60	42.6	43	»	54	»
Taille..	1.30	1.325	1.37	1.385	1.42	1.425

	1901		1903	
	Janvier		Janvier	Octobre
Poids	52	»	60.700	68
Taille	1.435	»	1.46	1.47

MESURES DE LA TÊTE

	1899		1900		1901		1903	
	Avril	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Oct.
Circonfér. horizontale maxima	55	54	54	54	54	50	»	57
Demi-circonfér. bi-auriculaire	35	36	36	36	36	»	»	36
Distance antéro-post. maxima.	36	36	36	36	36	»	»	32
Diamètre ant.-post. maxima..	20.5	21	21	21	21	»	»	20
— bi-auriculaire	14	14.5	14.5	14.5	14.5	»	»	13.7
— bi-pariétal	15	16	16	16	16	»	»	16.1
— bi-temporal	13	13.5	13.5	13.5	13.5	»	»	13
Hauteur médiane du front....	5	5	5	5	5	»	»	6.5

MEMBRES SUPÉRIEURS

	Avril 1899 D.	Avril 1899 G.
Circonférence au niveau de l'aisselle..........	28	28
— à 0 m. 10 au-dessus de l'olécrâne	25	25
— à 0 m. 10 au-dessous —	26	26
— au niveau du poignet...........	18	18
— — du métacarpe........	21	21
Distance de l'acromion à l'olécrâne...........	24	24
— de l'olécrâne à l'apoph. styl. du cubit.	22	22
— du cubitus à l'extrémité du médius.	14	14
Circonférence au niveau de l'ombilic.........	84	81
— — des seins...........	84	84

MEMBRES INFÉRIEURS

	Avril 1899 D.	Avril 1899 G.
Circonférence au niveau de l'aine............	50	50
— à 0 m. 10 au-dessus de la rotule	36	36
— à 0 m. 10 au-dessous —	32	32
— au niveau du cou-de-pied.....	22	22
— à la partie moyenne du pied....	24	24
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne art. du genou..................	39	9
Distance de l'interligne à la malléole externe..	30	30
— de la malléole externe à l'ext. du médius..................................	17	17

1903. *Octobre.* — Poids : 68 kilogr. — Taille : 1 m. 47.

Puberté et organes génitaux. Poils fins sur la lèvre supérieure, formant une bande de près d'un centimètre et demi à la partie médiane et d'un cent. aux extrémités. Un tout petit bouquet de poils courts à la partie moyenne de la lèvre inférieure. Poils rares au voisinage des oreilles, un peu plus rares à droite. Il existe un collier irrégulier au-dessus du bord inférieur du maxillaire : 1° un groupe de poils rares au-dessous du lobule de l'oreille gauche ; 2° interruption de 2 cent. ; 3° plaque de poils assez disséminés, de 3 cent., sur 2 1/2 correspondant à la face inférieure du menton ; 4° nouvelle interruption puis plaque de poils de 4 cent. sur 4 cent. au-dessous du lobule de l'oreille droite.

Aisselles : poils assez longs, peu nombreux, 4 cent. sur 3 cent., un peu plus fournis à droite. Cette plaque de poils est séparée en deux par une partie de peau à peu près glabre.

Développement exagéré du tissu adipeux des régions pectorales sur une largeur de 16 cent., et une longueur de 13 cent. des deux côtés, avec dilatations veineuses plus pro-

noncées à droite. Poils fins en dedans, au-dessus et au-dessous du mamelon droit ; poils fins tout autour du mamelon gauche. Poils fins s'étendant d'un mamelon à l'autre. Fin duvet sur toute la face postérieure du thorax. Les bras sont glabres.

Bande de poils fins de l'épigastre au nombril, rien sur les côtés du ventre ni sur la région lombaire.

Poils blond châtain, longs et assez abondants recouvrant tout le pénil (12 cent. sur 4 cent.), rien dans les aines ; traînée de quelques poils vers l'ombilic : mi-distance de celui-ci et du pénil. Bourses pendantes, glabres, de niveau ; verge : circonference, 10 cent. Longueur, 7. Gland découvert, un peu pointu : méat normal, testicules *très volumineux*, de la dimension d'un œuf moyen de poule.

Les fesses, les cuisses ainsi que les jambes sont glabres. Quelques poils assez longs au pourtour de l'anus.

Le malade travaille aux pièces chez un brossier du Kremlin et gagne en moyenne 2 francs par jour (1).

Ce malade, atteint *d'imbécillité* à un degré relativement peu prononcé, qu'on pourrait ranger dans le groupe des *niais* (Sauvages), s'est notablement amélioré au point de vue intellectuel et a pu apprendre assez bien le métier de brossier pour gagner au dehors 2 fr. par jour, tout en étant hospitalisé.

Son *obésité* s'est atténuée sous l'influence du *traitement thyroïdien*, et a reparu, mais proportionnellement moindre, depuis deux ans où il n'a plus pris de glande. Sa *taille* a été plus sérieusement modifiée. En effet, elle était en 1899, à 19 ans, de 1m. 30, c'est-à-dire 35 cent. 5 au-dessous de la moyenne de son âge et elle s'est élevée à 1 m. 47 en 1903, c'est-à-dire seulement 21 cent. en moins. Les figures 11, 12 et 13, donnent une idée de son degré d'obésité. La fig. 11 montre qu'il est resté infantile par sa physionomie et par le peu de développement de la barbe.

OBS. XLVII. — IDIOTIE PRONONCÉE ; NANISME ET OBÉSITÉ.

More... (Marguerite), née le 8 mars 1887, entrée le 8 mars 1896.

(1) Tous les malades ou infirmes hospitalisés, en état de travailler dans une certaine mesure, doivent donner ce travail, contre une rémunération déterminée, à la Maison qui les entretient gratuitement et non faire concurrence aux ouvriers du dehors.

1901. Poids : 28 kg. ; Taille : 1 m. 18, soit 29 cent. en moins. 1er traitement du 3 janvier au 31 mars : 0 gr. 50 à 1 gr. 25. Poids : 27 kg. 500 ; Taille : 1 m. 19.

1903. Poids : 40 kg. ; Taille : 1 m. 26. 2me traitement du 1er juillet au 30 septembre : 0 gr. 25 à 1 gr. Poids : 37 kg. 500 ; Taille : 1 m. 28, soit 24 cent. en moins.

1904. *Juin*. Poids : 40 kg. ; Taille : 1 m. 30.

Puberté : Physionomie enfantine. Aisselle droite glabre ; une douzaine de poils sous l'aiselle gauche. Les seins mesurent 14 cent. 7 de largeur et 12 cent. de hauteur ; aréole rosée légèrement, 2 cm. 1/2 ; mamelon : 5 mm., à peine saillant. Poils roux sur la partie inférieure du pénil, 6 cm. sur 4 cm., formant une boucle à la partie supérieure des grandes lèvres, assez grosses et larges, présentant quelques poils jusqu'à leur extrémité inférieure. Clitoris moyen, gland petit. Petites lèvres à peine dessinées, comme flétries. L'orifice de l'hymen est assez fortement frangé ; leucorrhée légère. *Onanisme* très fréquent. Non réglée.

Obésité : elle pèse 39 kil. 800 au lieu de 40 kil.

Sous l'influence de la glande thyroïde, sa *taille* s'est accrue et, après le second traitement, au lieu d'être inférieure à la taille moyenne de 29 cent., elle ne l'était plus que de 24 cent. L'*obésité* a également diminué, de 500 gr. pendant le premier traitement, de 2 kil. 500 pendant le second. Durant la suspension (sept. 1903 à juin 1904), son poids est revenu à ce qu'il était le 1er juillet 1903, ce qui indique que l'obésité est restée stationnaire. La taille a gagné encore deux centimètres.

OBS. XLVIII.— IDIOTIE CONGÉNITALE AGGRAVÉE PAR DES CONVULSIONS; NANISME ET OBÉSITÉ.

Mor... (Angèle), née le 14 avril 1876, est entrée dans le service le 20 octobre 1890, transférée à Villejuif le 13 décembre 1898.

1897. 20 *octobre*. Poids : 44 kg. 500 ; Taille : 1 m. 39. Traitement thyroïdien du 20 octobre 1897 au 10 mars 1898, 1 gramme tous les deux jours jusqu'au 28 décembre, puis 1 gramme tous les jours. A la fin, 42 kg. 300 ; Taille : 1 m. 395 soit en moins 175 mm.

La *taille* a été peu modifiée (la malade a 21 ans), mais l'*obésité* a notablement diminué (2 kil. 200).

OBS. XLIX. — IDIOTIE, NANISME, OBÉSITÉ.

SOMMAIRE. — *Antécédents héréditaires. Père éthylisme, agoraphobie, neurasthénie ; bégaiement. Syphilis douteuse. Grand-père maternel asthmatique depuis l'enfance, éthylique; oncle bègue.*

Antécédents personnels. Conception probable dans l'ivresse. Mère de petite taille. Grossesse et accouchements normaux. Convulsions à 2 mois. Retard dans la marche et la parole.

Taille normale à sept ans. Dans la suite croissance ralentie. Développement de la polysarcie.

Progrès intellectuels. Traitement thyroïdien,

Audo... (Rosalie), née à Courbevoie le 31 juillet 1892, entrée le 30 juillet 1890, passée à l'Asile de Villejuif le 17 juin 1903.

Antécédents héréditaires. *(Renseignements fournis par la mère le 21 Janvier 1891).— Père*, marchand ambulant, mort à 42 ans d'une pleurésie ; pas de convulsions dans l'enfance. *Ethylisme* avéré; il buvait beaucoup avant son mariage. Depuis il a continué à faire des excès de boissons. *Agoraphobie* durant les dix-huit derniers mois de son existence. Il ne voulait pas alors sortir ni traverser une rue à n'importe quel prix. Il lui sembait qu'il avait un gouffre sous les pieds ; qu'il y avait du vent sous ses pieds, qu'il ne posait pas à terre, qu'il n'était pas d'aplomb. Au lit, il lui semblait que ses pieds étaient dirigés en haut et sa tête en bas. Crainte continuelle de la mort et peur de la maladie ; ni céphalalgies ni crises nerveuses. Caractère vif et emporté, intelligence normale. Bégaiement peu marqué. Syphilis douteuse ; pas d'affections cutanées. Pas de rhumatismes. Écrouelles dans le jeune âge.

[*Famille du père*. — *Père* de petite taille, mort à 75 ans. — Asthmatique depuis l'adolescence, alcoolique. — *Mère*, morte à un âge peu avancé d'une *tumeur de l'abdomen*; sobre. Pas de renseignements sur les grands-parents paternels et maternels et sur les oncles et tantes. Deux *frères*, l'un cinquante ans, bien portant, ainsi que ses deux garçons qui n'ont jamais eu de convulsions; l'autre 64 ans qui a un bégaiement très marqué. Il a une fille qui est normale, n'a pas eu de convulsions et est en bonne santé.— Dans le reste de la famille du père, il n'y aucune autre tare physique, morale ou intellectuelle.]

Mère, 51 ans, marchande des 4 saisons. femme de petite taille, 1m45. Faciès congestif, adipose moyenne. Ni convulsions ni chorée ni crises nerveuses. Pas d'éthylisme, pas de caféisme. En 1871, rhumatisme articulaire aigu généralisé. Bien que son mari ait eu, au dire de ses camarades, une maladie vénérienne avant son mariage, elle n'aurait jamais eu aucun symptôme qui permette de faire penser à la syphilis.

[*Famille de la mère*. Père alcoolique, mort à 59 ans. *Mère* enfant assistée, morte à 36 ans du choléra en 1849. Grands-parents inconnus.— Un *frère* envoyé à la Nouvelle Calédonie.]

Pas de consanguinité, tous deux de Paris; inégalité d'âge de dix mois.

Quatre *enfants* dont trois vivants; pas de fausses couches: 1° Une fille, 20 ans, bien portante, intelligente ; pas de convulsions, pas névropathe ; — 2° Une fille, 17 ans 1/2, en bonne santé, intelligente, pas de convulsions. Ces deux filles sont plus grandes que leur mère et ont une taille normale ; — 3° Un garcon, mort de diphtérie à 10 ans 1/2 ; pas de convulsions.

4° **Notre malade.** — *Conception* probablement *dans l'ivresse*. — *Grossesse* : bonne, sans aucun accident, ni vomissements, ni traumatisme, ni intoxications. Les *mouvements du fœtus* furent ressentis par la mère comme ceux de ses autres enfants, à la même époque et de la même force. — *Accouchement* à terme, facile, par le sommet. — *A la naissance*, l'enfant était petite, chétive (non pesée); pas d'asphyxie. — Elle a mal pris le sein, a été mise au biberon (lait de vache), jusqu'à l'âge de huit ou neuf mois; elle s'est mal développée. — *A deux mois, convulsions* : L'enfant perdait brusquement connaissance, présentait de la déviation conjuguée de la tête et des yeux et des mouvements convulsifs toniques. Ces convulsions ont persisté depuis l'âge de deux ans jusqu'à l'admission. Elle a toujours en plusieurs crises par mois.

De dix-huit mois à sept ans, l'enfant parait avoir eu des *vertiges* ; elle lâchait tout ce qu'elle tenait dans les mains, tombait en avant, saignait de la langue et des lèvres. Elle ne perdait pas complètement connaissance (?). Mise à l'école à 3 ou 4 ans, elle fut rendue à cause de ses accès convulsifs. A 7 ans, début des grands *accès d'épilepsie*. Ils commencent

brusquement, sans prodrome. Perte de connaissance avec chûte. Phase de convulsions toniques, raideur de la nuque, la tête étant en extension, raideur des membres en extension. Phase de convulsions cloniques généralisées. Cyanose de la face ; bave et morsure de la langue. Miction involontaire. Phase de stertor avec respiration accélérée. Phase de sopor très courte. L'enfant se réveillant prononce parfois ces mots : « Ça y est, Ça y est. » Après l'accès, hébétude et somnolence. Ces accès revenaient généralement tous les deux jours par série de trois. La mère s'est alors décidée à placer l'enfant à l'asile d'aliénés de Villejuif. Là, elle semble avoir eu un *état de mal*. Pendant plusieurs jours, elle serait restée sans connaissance.

A partir de deux ans et demi, l'enfant serait devenue très *peureuse*. Elle avait une peur terrible des chiens (cynophobie) bien qu'elle n'ait jamais été mordue. La mère ajoute que, lorsque l'enfant voyait le disque rouge du chemin de fer, elle était prise de peur et son teint devenait verdâtre. — Le sommeil de l'enfant n'a jamais été troublé par des accès de cris, par des attaques de somnambulisme, ni par des terreurs nocturnes. Elle n'a jamais eu d'hallucinations, de tremblement, ni de céphalalgie.

Première dent à 9 mois ; *dentition complète* à deux ans. — Elle a marché à vingt-six mois. Elle est encore gâteuse. — *Parole* limitée à quelques mots. Mémoire et raisonnement nuls. — Pas de mauvais instincts, ni de manies, ni d'onanisme. Elle a conscience du danger, évite les voitures et le feu. Elle est douce, non coléreuse, affectueuse avec sa mère et ses sœurs.

Pas de maladies infectieuses, ni de fièvres éruptives. Aucune affection relevant de la scrofule ou du lymphatisme. Cependant, notons quelques conjonctivites légères et un peu d'impétigo du menton. — Pas d'autres traumatismes que ceux occasionnés par les vertiges ou les accès. — Fonctions digestives, respiratoires, etc., normales. L'enfant ressemble plutôt à son père qu'à sa mère, qui attribue la maladie de son enfant à l'état névropathique du père et à son intoxication alcoolique.

Etat actuel. — L'enfant, d'une taille moyenne pour son âge, présente une apparence assez délicate et paraît d'une santé et d'une constitution médiocres. Le visage est pâle, la peau fine, le tissu cellulaire sous-cutané est peu développé, les

plis cutanés à peine marqués. Cheveux assez abondants, chatain foncé. Implantation régulière. Tourbillon normalement situé. Pas de cicatrices. Pas de ganglions.

Crâne symétrique, brachycéphale, saillie marquée des bosses pariétales. La potubérance occipitale externe et les bosses frontales sont peu saillantes. Le front est large et haut, très légèrement bombé. Les fontanelles sont fermées.

Face. Le visage est un peu allongé, d'un ovale régulier. L'expression de l'enfant ne manque pas absolument d'intelligence, pourtant son regard qu'elle promène vaguement et lentement autour d'elle et sa bouche entr'ouverte donnent à son expression quelque chose d'idiot. Abandonnée à elle-même l'enfant regarde devant elle sans paraitre fixer son attention sur rien. Les arcades sourcilières sont très peu saillantes, les yeux sont peu enfoncés dans l'orbite. Les fentes palpébrales assez ouvertes, les paupières sont normales et sans blépharite. Les cils sont courts, bien implantés, de couleur chatain, plus foncés que les cheveux. Les sourcils sont très peu fournis. Pas de lésions des yeux dont la motilité est absolument naturelle. L'iris a une coloration brun foncé uniforme. La pupille a une circonférence régulière et réagit bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité visuelle est normale.

Le *nez* est court, camus. Les lobules sont normaux. L'odorat parait assez bien développé mais la notion des bonnes et mauvaises odeurs est certainement fruste. — Les pommettes sont assez larges et saillantes. — Les joues, assez renflées, ont une coloration rose pâle, avec de nombreuses varicosités. Les sillons naso-labiaux sont peu marqués. La lèvre supérieure, assez épaisse, proémine fortement en avant, le tubercule médian est bien marqué. La lèvre inférieure est bien conformée. La fente buccale, horizontale, constamment entr'ouverte, a une longueur de 5 cm. Les *dents* sont régulièrement implantées dans leurs alvéoles. Quelques molaires paraissent se carier. La *langue* est longue, large et étalée. La voûte et le voile du palais sont régulièrement conformés. Luette régulière, amygdales un peu grosses. Pharynx normal, pas de tumeurs adénoïdes. Réflexe pharyngien physiologique. Le goût parait assez obtus. Le *menton*, arrondi, termine régulièrement l'ovale du visage. — Les *oreilles* sont larges et écartées, la conque est légèrement tournée en avant. Hélix, bien ourlé, tragus et antitragus normaux. An-

thélix petit, le lobule est bien dessiné, non soudé, mais peu développé.

Cou assez court, pannicule adipeux assez développé ; circonférence 24,5. Le corps thyroïde est peu volumineux. Creux sus-sternal peu profond.

Le *thorax* est normalement conformé. Il est cependant un peu étroit à sa partie supérieure. Les côtes présentent une goutière verticale près de leur attache antérieure. Le sternum est un peu proéminent. Pas de chapelet rachitique, ni de déviation du rachis. Omoplates modérément saillantes, appliquées sur les côtes. L'auscultation et la percussion du poumon gauche ne dénotent rien d'anormal. — Au sommet du poumon droit, on constate une légère diminution de la sonorité, de l'élasticité et un affaiblissement du murmure vésiculaire sans qu'il n'y ait de bruit pathologique. L'enfant, qui tousse habituellement, n'a jamais eu d'hémoptysie. Le pouls n'a rien de particulier.

Abdomen normal, pannicule adipeux peu épais ; foie, rate, rien. Fonctions digestives naturelles. Le tronc est cylindrique. La taille n'est pas encore dessinée. La cambrure lombaire n'existe pas encore. Les masses sacro-lombaires sont peu épaisses. Le bassin est peu développé.

Les *membres supérieurs* sont longs et grêles, les masses musculaires peu volumineuses, le pannicule adipeux moyennement développé ne dissimule pas les masses musculaires à la contraction. Les mains, les doigts et les ongles sont bien conformés. Pas d'onychophagie. — Le squelette des membres supérieurs ne présente pas d'anomalie. La sensibilité au tact, au froid, au chaud et à la douleur est assez obtuse. L'enfant manifeste mal ses sensations.

Les *membres inférieurs* sont comme les supérieurs longs et grêles. — Les articulations en sont normales. La voûte plantaire est régulière. Les pieds sont un peu cyanosés.

Les mouvements spontanés des membres supérieurs et inférieurs sont normaux. Il en est de même des mouvements provoqués et des réflexes.

Organes génitaux et Puberté. État glabre de tout le corps. Mont de Vénus peu saillant. Vulve ouverte de 1 centimètre. Grandes lèvres légèrement saillantes. En haut, elles laissent voir le capuchon du clitoris qui est assez développé. Petites lèvres de cinq à six millimètres de hauteur. Hymen conservé, un peu gonflé, semi-lunaire. — Seins non développés. Région anale et périnée normaux.

La *sensibilité générale* au contact, à la chaleur à la douleur semble être normale. Traitement : hydrothérapie, gymnastique, école et ouvroir.

1891, *Mai.* — Otite moyenne, aiguë, qui est complètement guérie le 23 mai.

1892. — *Traitement* : hydrothérapie, en été; sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue et bains salés en hiver. Amélioration.

Puberté. Le corps est complètement glabre. Les seins ne se sont pas développés, mais les aréoles sont cendrées et les mamelons un peu saillants. Les aréoles ont un diamètre de 10 à 12^{mm}, les mamelons ont 4^{mm} de diamètre. La vulve ne s'est pas modifiée.

1893. — Même traitement. Amélioration.

Puberté. — Un duvet assez abondant est apparu au niveau des grandes lèvres et du pubis. Les aisselles sont encore glabres.

1894. Les seins commencent à se développer; ils ont la grosseur d'un œuf de poule. Duvet sur les grandes lèvres et le pénil.

La fourchette et la fosse naviculaire sont bien marquées.

1895. — Les *organes génitaux* de l'enfant se développent bien. Les grandes lèvres sont épaisses et sont recouvertes de duvet ainsi que le mont de Vénus qui est saillant. Les petites lèvres sont bien dessinées. Les seins sont bien développés; le sein droit est un peu plus volumineux que le gauche; à droite diamètre transversal 8cm.5, diamètre vertical 7cm.5,; à gauche diamètre transversal 7cm.5, diamètre vertical 7cm5. — Même traitement, amélioration.

1895. — *Puberté.* Les aisselles sont recouvertes de duvet. Les seins ont augmenté. Le droit a un diamètre transversal de 14cm., un diamètre vertical de 12 cm. Le gauche mesure transversalement 13cm., verticalement 11 cm. Le pénil et les grandes lèvres, normales, présentent quelques poils.

1897. — L'enfant suit toujours le même traitement hydrothérapique, les exercices scolaires, la gnmnastique, l'amélioration a été considérable.

Puberté. Les *règles* ont paru pour la première fois du 10 au 15 mai ; elles ont été abondantes et non douloureuses. Elles

sont venues ensuite régulièrement. Le pénil et les grandes lèvres sont recouverts de poils abondants. Les aisselles sont bien fournies de poils courts et frisés. — Les seins ont un diamètre vertical de 13 cm. et un diamètre transversal de 14 cm. La morphologie des organes génitaux ne présente rien de particulier.

1898. — *Puberté.* Les seins, pendants, ont très augmenté de volume : 17 cm, diamètre transversalement, 16 cm., verticalement. Le ventre est saillant, proéminent. Même état des aisselles. Pénil recouvert de poils courts et frisés sur un triangle dont la base a 7 cm. et la hauteur 4 cm. Petites lèvres normales, clitoris petit. Hymen en fer à cheval.

1899. — Rien de particulier à noter sur les organes génitaux externes et la puberté ; on signale seulement que les seins sont très volumineux : 21 cm. comme diamètre horizontal et 16 cm. comme diamètre vertical. Les aréoles sont brunes, elles ont 2 cm. de diamètre ; les mamelons sont très développés. Les aisselles sont fournies de poils abondants.

1900. — Les seins ont encore augmenté de volume ; diamètre vertical : 22 cm., diamètre transversal : 27 cm.., La morphologie des organes génitaux n'est pas modifiée.

1901 et 1902. — Aucune modification.

Les règles de l'enfant ont toujours été très régulières.

Tableau du poids et de la taille.

	1890	1891		1892		1893		1894	
	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	16.5	17	18	19.5	20	20.5	20.5	23	23.5
Taille	1.04	1.05	1.11	1.12	1.12	1.14	1.20	1.20	1.21

	1895		1896		1997		1898	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	25	27	28	30	33	34	35	39
Taille	1.25	1.29	1.29	1.32	1.32	1.34	1.36	1.36

	1899		1900		1901		1902		1903	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juin
Poids	40.5	41.5	42.»	44.»	44.»	44.»	42.5	46.»	45.»	44.»
Taille	1.37	1.37	1.37	1.3	1.39	1.39	1 39	1.39	1.39	1.39

1899. — L'enfant a été mise à la glande thyroïde le 1er mars. Elle en a pris quotidiennement 50 centigr. pendant 4 jours. L'ingestion de la glande aurait été suivie de vomissements. L'enfant ne paraît pas cependant rejeter tout, car elle a maigri de 500 grammes. Le 25 avril, les vomissements ayant cessé, on n'a pas interrompu le traitement. Depuis le 20 mars, un gramme. L'enfant n'a pas grandi mais a maigri de 2 k. 500. Avant l'ingestion de corps thyroïde, le poids était de 41 k. 500, après, il est de 39.

Tableau des poids et tailles de l'enfant pendant la durée du 1er traitement (1er mars au 10 juin 1899).

MOIS.	DATE.	POIDS.	TAILLE.	OBSERVATIONS.
Mars.	1	41.500	1.35	
	10	41. »	»	
	17	41. »	»	
	24	40.800	»	
	31	40.500	»	
Avril.	7	40. »	»	
	14	39.800	»	
	21	39.400	»	
	28	39.200	1.35	
Mai.	5	39.600	1.35	
	13	39.800	»	
	19	39.800	1.36	
	26	39.800	1.36	
Juin.	2	39.100	1.36	
	10	»	1.36	

Deuxième traitement.

Le traitement est repris le 1er juillet.

Mois.	Date.	Poids.	Taille.	Observations.
Juillet.	1	41.500	1.37	
	8	41. »	1.37	
	15	40.600	1.37	
	22	40. »	1.37	
	29	39.700	1.37	

Troisième traitement.

Un gramme de glande thyroïde tous les jours, depuis le mois de janvier jusqu'au 31 juillet.

	Janvier.	Juillet.
Poids...........	42 k. »	44 k. »
Taille...........	1m37	1m38

La *radiographie* ayant montré la soudure de toutes les épiphyses, on cesse le traitement thyroïdien.

	1901.		1902.	
	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.
Poids.......	44 k. »	44 k. »	44 k. 500	46 k. »
Taille	1m39	1m39	1m39	1m39

Un examen de l'enfant pratiqué en février 1903, nous montre qu'elle a accompli de notables progrès et s'est considérablement améliorée, au point de vue intellectuel et au point de vue physique. Elle sait lire, écrire, compter, mais elle est naïve et pusillanime. Elle possède des formes d'adulte, un bassin féminin large, une cambrure lombaire marquée, une taille dessinée. Ses organes génitaux, ses seins sont normaux ainsi que sa pilosité. Sa taille seule n'est pas celle d'une adulte, elle mesure 1m39 au lieu de 1m57 et ses membres sont courts, c'est donc une *naine*. De plus, elle possède un

pannicule adipeux très épais sur les membres et l'abdomen. Elle est *polysarcique*.

Cette naine polysarcique n'est pas une parfaite infantile. Ses organes génitaux, ses caractères sexuels accessoires sont en rapport avec son âge (20 ans).

Le *traitement thyroïdien* a influencé son poids et cela d'une façon sensible. Les premiers jours de la médication, l'obésité a diminué. La taille n'a été influencée que plus tardivement. Au second et au troisième traitement, l'enfant ne grandit plus, sa *radiographie* a montré qu'elle était soudée. Nous constatons que, dès que le traitement est interrompu, l'obésité s'accroit, le poids augmente.

OBS. L. — IMBÉCILLITÉ, OBÉSITÉ, NANISME.

SOMMAIRE. — *Père : 61 ans, ouvrier boulanger, robuste, ni alcoolique, ni syphilitique, ni névropathe : céphalées et vertiges. — Grand'père paternel mort d'une attaque d'apoplexie à 95 ans. — Grand'père maternel hémiplégique. — Oncle paternel alcoolique, a un petit-fils idiot. — Un frère a eu trois fois des jumeaux.*

Mère : 41 ans, apparition des règles à 10 ans, cauchemars, hallucinations, peurs; sommeil toujours très court (une heure au plus) et très léger. Vers 40 ans, crises de nerfs. — Grand'père paternel mort tuberculeux (?) à 70 ans. — Grand'mère nerveuse. — Oncle maternel, convulsions de l'enfance, mort des suites d'une coxalgie. — Tante maternelle, morte tuberculeuse.

Dans les deux familles aucun cas d'obésité ni de nanisme. — Aucune autre tare physique, morale ou intellectuelle; ni aliénés, ni épileptiques; pas de malformations congénitales.

Pas de consanguinité. — Différence d'âge : vingt ans (Père plus âgé).

Cinq enfants dont quatre bien portants.

Conception rien à signaler. — Grossesse : on croyait à cette époque la mère poitrinaire. — Accouchement facile, à terme. — A la naissance, pas d'asphyxie, l'enfant était plus petite que ses frères et sœurs. — Début de l'obésité à un mois. — L'enfant était devenue bouffie, les joues deviennent pendantes « on devait les soulever pour la débarbouiller », « l'enfant était grasse de partout ». — Première dent à [illegible] mois. — Marche à 4 ans. — Gâteuse jusqu'à six ans. —

Coprophagie jusqu'à six ans. — Turbulence. — Pas de clastomanie, pas d'onanisme, pas de colères. — Caractère indifférent. — Sentiments affectifs médiocres. — Somnolence à peu près continuelle. — Arriération intellectuelle : écolage nul. — Aucune maladie infectieuse. — Poussées successives d'impétigo pendant la première enfance. — Accès de suffocation nocturne, disparaissant sans laisser de trace le lendemain (laryngite stiduleuse pendant plusieurs années). — Nanisme, obésité; traitement thyroïdien. — Amélioration.

PATR.. (Marie Augustine), née le 9 janvier 1881, entrée dans le service le 12 novembre 1894, sortie le 29 octobre 1899.

État actuel (Novembre 1894). — Bon état général; *adipose marquée.* Son *visage est bouffi,* très *large et très arrondi à sa partie inférieure*, et plutôt étroit à la partie supérieure. L'étroitesse du front contraste singulièrement avec la largeur anormale de la face. — Le crâne est symétrique et ne présente rien de particulier si ce n'est dans la région frontale dont les bosses sont remplacées par des méplats.

Arcades sourcillières saillantes, sourcils peu abondants. — Paupière supérieure épaisse, bouffie. — Cils noirs, bien implantés. — Yeux, aucune lésion de la motilité; iris bruns, pupilles normales. L'enfant paraît *myope.* — *Nez* large à sa racine et à sa base. Lobule arrondi, épais. — Lèvres épaisses, l'inférieure surtout qui est en léger ectropion. La supérieure est mal dessinée et présente un léger duvet.

Cou gros, mesurant 30 cm. 5 de circonférence. — Corps thyroïde perceptible, mais peu volumineux.

Thorax bien développé, les saillies musculaires en sont dissimulées par un *épais pannicule adipeux.* — Les membres supérieurs sont de forme normale, mais recouverts d'un *épais pannicule adipeux* et un peu courts. Les plis articulaires y sont marqués par des encoches. — Les membres inférieurs présentent des caractères analogues. Ils sont gros et courts. Les seins sont bien développés, pendants. — L'*abdomen est volumineux* et la paroi en est *épaisse.*

Puberté. — Les aisselles sont glabres, le pénil également, les grandes lèvres peu développées; les petites lèvres triangulaires, saillantes; le clitoris peu volumineux. Orifice hyménéal circulaire, admettant l'extrémité du petit doigt.

La *sensibilité* est intacte dans tous ses modes. Les *mouvements* volontaires ou réflexes sont normaux.

L'enfant est simplement une *arriérée*. Elle sait lire, écrire, mais non compter. Sa mémoire est assez bonne, son attention est peu facile à fixer.

1895. *Puberté* — Quelques modifications sont à signaler. Les seins mesurent à droite : 11 centimètres transversalement, 8 centimètres verticalement. — A gauche : 10 centimètres transversalement ; 7 centimètres verticalement. Quelques poils sur le pubis.

1895. — Le système pileux est plus développé sur le pénil, un léger duvet apparait aux aisselles. Les petites lèvres sont très développées ainsi que le clitoris. Onanisme constaté.

1896. — Les seins, bien conformés, ont augmenté de volume ; à droite : diamètre transversal : 16 cent., vertical : 13 cm. ; à gauche : diamètre transversal : 15 cm., vertical : 13 cm. ; aréoles foncées, rouges ; mamelons petits, à peine saillants. Poils plus nombreux au pubis. Poils rares sur les grandes lèvres et au périnée. — Grandes lèvres : larges, charnues. — Petites lèvres extrêmement longues, triangulaires, font saillie entre les grandes. L'hymen laisse maintenant pénétrer l'index. L'élargissement est attribuable sans doute à l'onanisme.

1897. — Les organes génitaux se modifient peu, cependant les poils sont plus abondants au pubis, aux grandes lèvres et au périnée. Les aisselles sont bien fournies en poils noirs. — Les seins se sont bien développés ; ils sont pendants et piriformes ; mamelons saillants, aréoles larges. — Sein droit : diamètre vertical : 16 cm., transversal : 20 cm. ; Sein gauche : diamètre vertical : 16 cm., transversal : 18 cm..

Premières règles en juin, abondantes.

1898. — Les organes génitaux se sont peu modifiés, si ce n'est que les poils sont encore plus fournis. — Les seins sont très pendants. — Sein droit : diamètre vertical : 19 cm., horizontal : 22 cm. ; Sein gauche : diamètre vertical : 19 cm., horizontal : 20 cm..

1899. — Les seins ont continué à se développer. — Sein droit : diamètre vertical : 20 cm., horizontal : 23 cm. ; Sein gauche : diamètre vertical : 20 cm., horizontal : 22 cm.. Les mamelons sont très saillants, les aréoles très foncées sont

larges, mesurent 2 cm. 5 de diamètre. — Les aisselles et les organes génitaux sont recouverts de poils abondants. — Les grandes et petites lèvres sont bien développées. — Les règles, parues en juin 1897, ont manqué en août et novembre ; elles ont manqué en mai 1898 et depuis lors ont été régulières; elles durent en général 4 à 5 jours ; elles sont assez abondantes.

Tableau des poids et taille.

	1894	1895		1896
	Nov.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids..............................	34	34	40	42.500
Taille..............................	1.30	1.30	1.33	1.36

Patr.. est soumise au *traitement thyroïdien* à partir du 4 janvier 1896. On donne un demi lobe de glande thyroïde de mouton tous les jours. Les modifications du poids et de la taille ont été les suivantes :



Mois.	Dates.	Poids.	Taille.	Observations.
Janvier 1896	4	42.500	1.36	
	26	42.400	1.36	
Février	2	41.300	1.36	
	7	41.300	1.365	
	15	40.500	1.365	
Mars	6	40.500	1.365	
	13	41. »	1.37	
	20	41.300	1.37	
	27	40. »	1.375	
Avril	3	40.700	1.375	
	10	41. »	1.385	
	17	41.400	1.39	
	24	41. »	1.39	
Mai	1	42.300	1.39	Le *traitement* est supprimé du 14 au 17 mai à cause de l'élévation de la température.
	8	42.700	1.39	
	15	40.500	1·39	
	22	41.400	1.39	
	29	41.300	1.39	
Juin	5	42.500	1.39	Le *traitement* est supprimé le 31 mai, repris le 20 juin.
	12	43.800	1.39	
	20	43.800	1.39	
	26	39.200	1.39	
Juillet	3	42.500	1.39	
	10	42.800	1.39	Arrêt de la glande pendant 8 j. (bronchite).
	17	43.400	1.39	
	24	44.500	1.39	
	31	44.400	1.39	
Août	7	45.300	1.39	
	21	46. »	»	On suspend tout traitement.
Septembre	4	47. »	1.39	
	19	47.400	1.39	

MOIS.	DATES.	POIDS.	TAILLE.	OBSERVATIONS.
Octobre	1	47.400	1.39	
	9	47.500	1.39	
	23	47.900	1.39	
Novembre	20	47.800	1.39	
Janvier 1897		48. »	1.39	
Juillet		48.500	1.39	
Janvier 1898		50. »	1.39	Le 14 avril on recommence le *traitement thyroïdien* : un demi lobe tous les jours.
Avril	14	50. »	1.40	
	22	49.500	1.40	
	29	49.200	1.40	
Mai	6	49. »	1.40	Du 14 au 18 on arrête le traitement (élévation de température).
	13	49.500	1.40	
	27	48. »	1.40	
Juillet		49.500	1.40	
Janvier 1899		49. »	1.40	Arrêt définif du traitement.
Juillet		51.500	1.40	

L'enfant ayant 18 ans et demi sort de la Fondation Vallée à cette époque et passe à Villejuif, d'où elle a été envoyée à la Salpêtrière. L'obésité est toujours manifeste. Ses formes, observée nue, sont celles d'une jeune femme adulte. Son bassin est développé, large. Sa taille cambrée est bien dessinée. Étant habillée l'enfant parait plus jeune que son âge, son facies étant celui d'une enfant de 14 ans au plus. Les 51 k. 500 témoignent d'une légère obésité. (50 kil. pour une taille moyenne, normale de $1^m,56$), mais comme l'enfant est *naine,* l'obésité est plus accusée que ne l'indique le poids (1).

La taille de Pat..., étant de 1^m40, c'est-à-dire 0^m16 au-dessous de la moyenne, la range parmi les *naines*. Elle est

(1) La *radiographie* n'a pas été faite.

restée intellectuellement une arriérée pour son âge. Notons une légère inégalité des seins, ce qui n'est pas rare.

Dans cette observation l'effet du traitement thyroïdien a été évidente. Il a provoqué du mois de janvier 1896 au mois de mai de la même année une *croissance* de trois centimètres. Le *poids* a subi à cette même époque des variations assez nombreuses.

Dans le traitement entrepris en avril 1898, on constate un abaissement rapide et régulier du poids. La taille n'a pas augmenté. L'enfant était probablement soudée.

Si les effets du traitement n'ont pas été aussi marqués que dans les autres observations, cela tient peut-être à ce qu'il n'a pas été appliqué d'une façon progressive, c'est-à-dire que la dose de glande est restée la même et peu élevée.

OBS. LI (Résumée). — IMBÉCILLITÉ, NANISME, POLYSARCIE.

SOMMAIRE. — *Père, épileptique; rhumatisme chronique, céphalalgies. Grand-père paternel mort paralysé. Grand'mère paternelle morte sourde et démente. Mère morte tuberculeuse. Grand-père maternel mort probablement tuberculeux. Grand'mère maternelle diabétique, morte de la «poitrine»? — Un autre frère mort de convulsions. Frère, convulsions dans l'enfance.*

Pas de consanguinité.

Marche à 5 ans. Propre à 1 an? Jamais de convulsions?

État actuel de la malade (8 janvier 1891). *Enfant de petite taille paraissant bien portante. Tête volumineuse aussi développée que celle d'une adulte bien constituée. Crâne symétrique. — Aucune malformation du squelette facial. — Aucun stigmate de dégénérescence dans les organes des sens. — Cou court, mesurant au niveau du cartilage thyroïde* 30 *centimètres de circonférence, on sent mal le corps thyroïde. — Thorax normal, mais recouvert d'une couche de graisse abondante qui masque complètement les saillies ou les dépressions. — Abdomen souple, saillant. La partie inférieure de la paroi abdominale forme un repli épais surplombant le pli inguinal. Ombilic très déprimé. Bassin large.*

Membres supérieurs : adipose très marquée. — Membres

inférieures : Cuisses très développées et adipeuses. — Sensibilité intacte. — Traitement du nanisme et de l'obésité par la glande thyroïde. — Amélioration.

Nous nous bornerons à relever ce qui a trait aux résultats du *traitement* et à la *puberté*.

Drie.. (Emma, Lucie), née le 15 avril 1884, est entrée dans le service (Fondation Vallée), le 8 janvier 1891.

Tableau du poids et de la taille de 1891 à 1895.

	1891		1892		1894		1895	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	21				24.5	26	27	28.5
Taille	1. »				1.06	1.08	1.08	1.08

Tableau du poids et de la taille de 1896 à 1899, *avant le traitement.*

	1896	1897		1898		1899
	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids	24	30.5	34.5	36	37.5	39
Taille	1.16	1.16	1.20	1.21	1.24	1.25

De janvier 1894 à juillet 1895, soit 18 mois, la *taille* n'a augmenté que d'un centimètre.

On commence le traitement thyroïdien au mois de juillet 1895. On donne à l'enfant tous les deux jours un demi lobe de glande thyroïde de mouton, puis, du 1er au 31 octobre, un demi-lobe tous les jours. — La taille augmente de *six centimètres* en quatre mois, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par le tableau suivant :

MOIS.	DATE.	POIDS.	TAILLE.	OBSERVATIONS.
Juillet 1895.	23	29	1.08	»
Août.	2	28	1.08	»
	10	27.700	1.08	»
	17	27.500	1.10	»
Septembre.	7	27.400	1.12	»
	21	27.200	1.12	»
	28	27	1.13	»
Octobre.	26	26	1.13	»
				Suppression du traitement.
Novembre.	2	26.350	1.13	»
	9	26.700	1.13	»
	16	25.700	1.13	»
	23	26.200	1.13	»
Décembre.	19	27.250	1.13	»
Janvier 1896.	10	28	1.14	»

Second traitement du 3 janvier 1896 au 31 mai 1896. La taille augmente de *trois centimètres et demi.*

Notons aussi que le poids de 27 k. 500 au début du traitement tombe à 21 k. 500 au mois de mai pour remonter ensuite à 24 k. Le tableau qui suit indique ces diverses modifications.

MOIS.	DATE.	POIDS.	TAILLE.	OBSERVATIONS.
Janvier. 1896.	3	27.500	1.14	»
	10	27.300	1.14	»
	19	27	1.14	»
	26	26.700	1.14	»
Février.	2	26	1.14	»
	7	25.400	1.14	»
	14	24.500	1.15	»
	21	24.200	1.15	»
	28	24	1.15	»
Mars.	6	23.500	1.15	»
	13	22.900	1.15	»
	20	22.500	1.155	»
	27	21.900	1.155	»
Avril.	3	22	1.155	»
	10	21.800	1.16	»
	17	22	1.16	»
	24	22	1.16	»
Mai.	1	21.700	1.16	»
	8	21.500	1.165	»
	15	22	1.165	»
	22	22	1.165	»
	26	»	»	»
	29	22.500	1.165	Suspension du traitement qui est repris le 20 juin.
Juin.	12	23.500	1.165	»
	19	23.600	1.165	»
	20	24.100	1.165	»

Sous l'influence du traitement, la taille s'est élevée de 1m,14 à 1m,165; le poids s'est abaissé de 27 k. 500 à 23 k. 500. Après

la suspension de la glande thyroïde le poids s'élève progressivement.

Troisème traitement, du 1er mars au 10 juin 1899.

Tableau du poids et de la taille pendant le traitement.

MOIS.	DATE.	POIDS.	TAILLE.	OBSERVATIONS.
Mars. 1899.	1	39	1.25	»
Avril.	25	36.900	1.25	»
Juin.	10	36.300	1.27	«
				Suspension du traitement.
Janv. 1900.	»	42	1.28	»
Septembre.	5	42.500	1.31	»
Décembre..	15	38.500	1.31	»

Arrêt du traitement. L'*obésité* n'a pas diminué, mais la *taille* a augmenté.

On reprend le traitement : la 1re semaine 1 gr., puis 1 g. 25.

MOIS.	DATE.	POIDS.	TAILLE.	OBSERVATIONS.
1901.				
Janvier.	15	38.500	1.31	»
Juillet.	15	45	1.33	»
1902.				
Janvier.	15	48	1.34	On remet l'enfant à la glande, 0.75, 1 gr., 1.25.
Avril.	25	43.600	1.355	»
				Suspension du traitement.

On constate qu'à chaque période de traitement la *diminution de poids* est rapide et considérable, deux à quatre kilogr. en deux mois, alors qu'en l'absence de traitement, le poids de l'enfant augmente considérablement. L'augmentation de la *taille* sous l'influence du traitement n'est pas moins nette que la diminution du poids

L'examen de cette enfant nous montre d'abord que la taille est encore bien au-dessous de la taille normale ($1^m,36$ au lieu de $1^m,57$). Elle a 21 centimètres en moins. Elle pèse 53 k. pour $1^m,36$ alors que la femme pèse 53 k. 900 pour $1^m,57$. — La radiographie faite en juin 1903, montre que les cartilages épiphysaires des fémurs sont presque tout à fait soudés, que les cartilages épiphysaires des tibias le sont encore incomplètement. Durant le dernier traitement (10 décembre 1903-10 mars 1904), Dric... a maigri de 5 k. et grandi de 1 cent.

Évolution des organes génitaux et de la puberté de 1892 à 1903. — Voici le résumé des notes prises durant cette période de 11 ans.

Organes génitaux et puberté. — 1892 : Pénil peu saillant, glabre. Grandes lèvres épaisses, accolées en avant, glabres. — Petites lèvres courtes. Clitoris petit. Hymen en croissant. Orifice hyménéal mesurant trois millimètres de diamètre, à bords arrondis non déchiquetés.

1893-1894. Apparition d'un léger duvet au pénil et dans les aisselles. Pas d'onanisme.

1895. — Poils rares sur les grandes lèvres

1896. — Pas de modification; les grandes lèvres sont toujours petites, recouvrant à peine les petites lèvres.

1897. — Quelques poils au pubis et au niveau des grandes lévres,

1898. — Les seins ne se sont pas encore développés mais ils sont très adipeux comme d'ailleurs tout le reste du corps.

	DROIT.	GAUCHE.
Diamètre vertical..........	9	10
Diamètre horizontal..	11	12

Les grandes lèvres sont encore peu développées, mais elles cachent maintenant les petites lèvres.

1899. — Quelques poils aux aisselles et sur les grandes lèvres. Les seins mesurent 13 centimètres dans leur diamètre transversal sur 10 centimètres dans leur diamètre vertical. Les grandes et les petites lèvres n'ont pas sensiblement changé.

1900. — Pas de modifications. Les seins ont à peine augmenté de volume.

1903. — Agée de 17 ans, elle porte étant vêtue 12 à 13 ans; dévêtue elle a l'aspect et la forme d'une jeune adolescente. Ses *organes génitaux externes* sont assez peu développés. Les grandes et les petites lèvres sont peu volumineuses Le clitoris est tout petit, l'hymen permet l'iniroduction de l'auriculaire. Le pénil est recouvert de poils blonds sur une surface triangulaire ayant une base de 10 centimètres. Les seins sont peu volumineux les aréoles sont petites, les mamelons très peu saillants. Aux aisselles, on constate seulement la présence de quelques poils.

Les règles ont paru pour la première fois le 20 mai 1903, sans douleurs, abondantes. Suspendues de septembre à décembre, elles ont reparu en janvier, ont manqué en mai, sont revenues en juin, juillet, elles durent 4 ou 5 jours.

En somme, les organes génitaux, les caractères sexuels accessoires de D.. ne présentent pas tout le développement qu'ils devraient avoir, mais ils font mieux préjuger de l'âge du sujet que son facies. L'infantilisme ne s'allie donc pas là au nanisme, à l'obésité et aux autres stigmates de dégénérescence offerts par le sujet.

OBS. LII. — IMBÉCILLITÉ CONGÉNITALE AGGRAVÉE PAR UNE MÉNINGITE GRAVE A 3 ANS. — NANISME. — OBÉSITÉ.

SOMMAIRE. — *Père, monteur en bronze, excès de boisson surtout d'absinthe, accès de délirium tremens, coliques saturnines, névralgie sciatique. — Grand père paternel, oncle et tante, excès de boisson. — Une tante et une de ses filles, convulsions ; strabiques.*

Mère, convulsions répétées de 2 ans 1/2 à 4 ans, céphalalgies, caféisme, coléreuse. Grand'mère, accidents hystériformes, morte d'un cancer de l'estomac. Plusieurs frères et sœurs ont eu des convulsions. Sœur morte de méningite avec convulsions en 17 jours. — Grand'tante maternelle morte d'un cancer du rectum.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 ans.

Conception probable dans l'ivresse. — Grossesse accidentée, vomissements, étourdissements. — Très petite à la naissance. Première dent à 4 mois. Dentition complète à 3 ans. Marche et propreté à 2 ans. Convulsions de 3 mois à 3 ans. Méningite à 3 ans. Obésité. Parole à 4-5 ans. Fièvre typhoïde à 7 ans. — Hallucinations de la vue. Réglée à 17. Arrêt de développement et obésité : Traitement thyroïdien.

Pelleti.. (Alexandrine, Alphonsine), née le 25 mai 1883, est entrée le 21 mars 1902.

Renseignements fournis par le père et la mère le 20 avril 1902.

Antécédents héréditaires. — PÈRE, 49 ans, monteur en bronze, manie un peu le plomb, et à ce titre a eu quelques *coliques saturnines,* jamais de paralysies. Pas de convulsions, ni rhumatisme articulaire, ni chorée, aucune maladie infectieuse aucune maladie nerveuse. Pas de migraine. Pas de syphilis, ni d'affection de la peau. Il y a six ans, *douleur sciatique* à la suite d'un travail dans un lieu humide. *Alcoolisme* invétéré, plusieurs absinthes par jour. A 27 ans, *accès de délirium tremens subaigu* pendant 8 jours. Ivresse assez fréquente. Il a depuis 5 années diminué ses excès à cause de douleurs gastriques. Caractère violent.

Famille du père : Père mort à 66 ans à la suite d'une chute faite dans un escalier. *Ethylisme* léger. — Mère morte à 60 ans, d'une angine maligne, sobre. — Grands parents paternels morts presque centenaires. — Grands parents ma-

ternels inconnus. — 3 *oncles* et 1 *tante* paternels faisaient des *excès de boisson* et n'auraient pas eu d'enfants. Oncles et tantes maternels inconnus. Une sœur a eu des *convulsions* dans l'enfance et *louche*. De ses deux filles, l'une a eu des *convulsions* et est *strabique*. Dans la famille tous les sujets ont une taille moyenne, sauf un oncle paternel du père qui était *petit*, *gros* et *court*. On ne trouve aucune autre tare morale, intellectuelle ou physique.

MÈRE, 44 ans, cartonnière, *convulsions* de 2 ans et demi à 4 ans. Ni rhumatisme articulaire, ni chorée. Pas de syphilis. *Céphalalgies* fréquentes sans vomissements. *Intoxication caféique*; très coléreuse. Ménopause il y a cinq mois. Depuis cette époque, elle présenterait des *signes d'hystérie*, aurait eu une crise nerveuse avec raideur et perte de connaissance. Elle est de *taille petite* mais non obèse.

Famille de la mère. — *Père*, mort à 44 ans de *tuberculose pulmonaire*, sobre. — *Mère* morte d'un *cancer de l'estomac*; à partir de l'âge de 17 à 18 ans, à la suite d'une insolation, elle aurait été sujette à de *violentes attaques d'hystérie* : « Ses yeux se convulsaient, elle se débattait et gesticulait pendant une demi-heure. » Les *crises hystériformes* se seraient produites jusquà sa mort (53 a.). Aucun renseignement sur les *grands parents paternels* et *maternels*, sur les *oncles* et *tantes* paternels. Pas d'oncles maternels. Une tante maternellle morte d'un *cancer du rectum*. — Un *frère* bien portant n'a pas eu de convulsions, marié deux fois, et sans enfants : sa première femme se faisait avorter, sa deuxième était trop vieille. — Pas d'autres hystériques, pas d'autre cancéreux, pas d'autres tares, pas de nains ni d'obèses.

Pas de consanguinité, inégalité d'âge de cinq ans, en faveur du mari.

7 *enfants* et une fausse couche à quatre mois et demi à la suite de chute : 1° fille, grande, a eu des *convulsions*, 23 ans, mariée, bien portante, a un garçon normal et une fille qui a eu des *accidents convulsifs*.; — 2° Notre malade; — 3° Fille morte de *méningite* avec *convulsions* en 17 jours, à cinq ans , — 4° Garçon mort à 2 ans du croup avec *convulsions* terminales ; — 5° Garçon 10 ans 1/2, bien portant, pas de convulsions ; — 6° Fille 7 ans et 1/2 ; normale sans convulsions ; — 7° Garçon 5 ans et 1/2, chétif aurait èu deux fois le croup, a eu des *accidents convulsifs*.

Notre malade. — *Conception :* le mari buvait beaucoup et la femme s'en chagrinait fort. On ne peut savoir si la conception s'est faite dans l'ivresse. — *Grossesse :* vomissements fréquents, mais non incoercibles, pas d'œdème, pas de convulsions éclamptiques, pas de syncopes. Aucune intoxication, aucune tentative d'avortement. La mère n'a senti les mouvements de l'enfant qu'aux derniers moments? — *Accouchement* à terme. Présentation du sommet. Le travail aurait duré 2 jours ?? *Asphyxie* de l'enfant. Pas de circulaire du cordon. — *A la naissance*, très chétive: « elle n'était pas si grosse qu'une bouteille, on n'osait pas y toucher. » On la mise dans l'ouate pendant deux mois. Elle n'a pas pleuré de la naissance jusqu'à cet âge. Allaitement au sein jusqu'à 3 ans. Première dent à 4 mois ; dentition complète vers trois ans. — Marche et propreté à 2 ans. Début de la parole vers 4 ou 5 ans.

Antécédents morbides : Convulsions depuis l'âge de 2 ou 3 mois jusqu'à l'âge de trois ans. Convulsions épileptiformes — une quinzaine d'accès tous nocturnes se produisant à onze heures du soir ou six heures du matin. Les yeux se retournaient les membres s'agitaient, on ne sait si les convulsions cloniques prédominaient d'un côté ; ni relâchement des sphincters, ni bave, ni morsure de la langue. Jamais de paralysie après les convulsions.

A trois ans *méningite* qualifiée de tuberculeuse qui a duré quatre semaines. L'enfant est restée 12 heures dans le coma. Avant sa méningite elle était gentillette, donnait des signes d'intelligence, néanmoins elle paraissait un peu en retard. Elle était déjà très *grosse*. Après sa méningite l'intelligence a disparu complètement. Contrairement aux craintes du médecin elle n'a été ni sourde, ni aveugle.

Mise à six ans à l'école, elle y dormait, chantait, ennuyait les autres enfants. Elle n'a pu rien y apprendre. Retirée de l'école au bout d'un an, sa mère lui faisait faire des cartonnages. Bien qu'elle quittât souvent la maison paternelle, elle n'a jamais eu de véritables fugues. — *Accès de colère* fréquents, violents, sans cause appréciable. Fréquentes *céphalalgies* dont l'enfant se plaint encore. Sommeil normal, non agité.

Depuis un an, hallucinations de la vue, à l'état de veille. L'enfant prétend voir des rats, des araignées. Elle croyait qu'on l'assassinait et appelait sa mère. Elle a toujours été peureuse. — Elle n'est ni voleuse, ni gourmande. Pas d'onanisme. Pas d'appétence sexuelle. — Ni étourdissements, ni

vertiges, ni tremblements, pas de miction involontaire, pas d'absence. Aucune crise épileptiforme depuis l'âge de 3 ans. Impressionnabilité moyenne. Assez affectueuse surtout avec sa mère. (Pas de sévices). Fonctions digestives normales. Préhension des aliments régulière. — Helminthiase probable avant la méningite.

Maladies infectieuses : Fièvre typhoïde à 7 ans avec léger délire, rougeole à 5 ans 1/2 et à 7 ans 1/2 (?). Aucune autre infection, aucune manifestation de scrofule.

Réglée à 17 ans : les règles se sont établies sans accidents. Jusqu'à cette époque l'enfant avait un embonpoint moyen. Depuis cette date elle a considérablement engraissé. La croissance de l'enfant a toujours été très lente, si bien qu'elle est maintenant fort au-dessous de la moyenne. Dans tout le reste de la famille, on ne cite aucun obèse ni aucun nain.

État actuel. — A premier examen, l'enfant peut être classée parmi les *naines obèses*. Sa peau est doublée d'un pannicule adipeux un peu épais. Il est difficile de la pincer au niveau des plis articulaires ; on note la présence d'encoches cutanées.

Cheveux donnant à la main une sensation de sécheresse, lanigineux. Implantation normale, couleur châtain foncé. Cicatrices de brûlures avec pigmentation brûnâtre sur le thorax.

Tête. Crâne dolychocéphale plutôt que brachycéphale. Microcéphalie légère, aucune bosse fortement saillante. Front très élevé et droit. Yeux : arcades orbitaires plutôt effacées ; — motilité oculaire normale. Pas d'exophtalmie. Iris, chatain foncé. Pupille régulière. Acuité visuelle, vision des couleurs sans particularité. Réaction à l'accommodation et à la lumière normale. Champ visuel rien à signaler ; cils normaux. — *Nez* camard, à dos et à lobule très épais. — Pommettes peu saillantes. Joues rosées et volumineuses. — Oreilles petites : diamètre transversal un peu au-dessus de la moyenne. Implantation normale. Hélix, anthélix, tragus, antitragus, rien de particulier. Lobule soudé. — Fente buccale symétrique. Lèvre supérieure mince, en ectropion léger, fait saillie en haut et en avant, proémine devant l'inférieure que est également mince et courte. — Voûte palatine ogivale ainsi que le voile du palais. — Luette et amygdales normales. — Prognathisme supérieur. Le menton est fuyant, en retrait, possède une fossette. Langue large, à bords déprimés au niveau des dents. Léger tremblement fibrillaire. Dents : émail de mau-

vaise qualité ; chevauchement des dents antérieures et inférieures. Persistance des dents de lait en haut.

Cou très volumineux ; 35 centimètres de circonférence. Il présente sur les parties latérales de grosses masses adipeuses. Ganglions cervicaux. Corps thyroïde peu appréciable.

Thorax, rien de particulier. Poumons et cœur rien de spécial à l'auscultation ni à la percussion. — *Abdomen* volumineux, saillant, la peau en est très épaisse. Matité du foie normale. Rate à peine perceptible. Pas de hernie ombilicale. Région anale sans particularité, glabre.

Organes génitaux et *Puberté*. Seins volumineux, un peu pendants, 16 cent. de diamètre transversal sur 17 cent. dans le sens longitudinal. Aisselles, quelques poils rares. Thorax, abdomen, fesses glabres. — Pénil : poils courts, noirs, assez abondants sur une surface de 10 centimètres sur deux. Grandes lèvres, peu développées. Petites lèvres très volumineuses, brunâtres, dépassant les grandes lèvres. Clitoris normal Hymen falciforme, frangé, admettant la totalité de l'index. Périnée glabre ainsi que les membres supérieurs et inférieurs. — Règles d'abondance moyenne.

Aucun trouble de la sensibilité générale.

Les *membres supérieurs* ne présentent rien de particulier au point de vue anatomique et physiologique : ils sont simplement assez gros, les segments en sont courts. La peau qui les recouvre est doublée d'un épais pannicule adipeux. Les *membres inférieurs* ont les mêmes caractères. — Motilité volontaire et réflexes physiologiques.

Poids de l'enfant le 21 avril 1902 : 44 k. 200. Taille : 1 m. 36 au lieu de 1 m. 57. *Radiographie* : les épiphyses inférieures du fémur ne sont pas soudées.

21 *avril*. — *Traitement thyroïdien* de ce jour au 13 mai, puis du 3 juin au 29 juillet. On cesse alors la glande. L'enfant a d'abord perdu progressivement de son poids, il est remonté et est devenu stationnaire. Sa taille a cru de 1 cm. 5 en 3 mois.

MOIS.	DATE.	POIDS.	TAILLE.	OBSERVATIONS.
Avril.	21	44.200	1.36	0.50 de corps thyroïde.
	29	43.800	1.36	0.75
Mai.	6	43.600	1.36	1 gr.
	13	43.400	1.36	1 gr.
	du 17 au 26			Suspension.
	27	43.700	1.36	1.25
Juin.	3	43.400	1.36	»
	10	43.100	1.365	»
	17	43	1.365	»
	24	42.500	1.37	»
Juillet.	1	42.600	1.37	»
	8	42.900	1.37	»
	15	43.500	1.375	»
	22	43	1.375	»
	30	44	1.375	»

Du 21 avril au 13 mai, la glande thyroïde est administrée à dose croissante. Son action est nulle sur la taille, mais elle est rapidement marquée sur l'*obésité*; le poids tombe de 44 k. 200 à 43 k. 400. — Durant la seconde partie du traitement, la *taille* monte de 1 m 36 à 1 m 375 : la *croissance* ne semble s'accuser qu'au bout d'un certain temps et à la condition de prolonger le traitement. En ce qui concerne le *poids*, de même que dans la période du 21 avril au 13 mai, nous observons dans la période du 27 mai au 24 juin, une diminution progressive du poids. A partir du 25 juin, la dose restant la même (1.25), il se produit une *accoutumance* et peu à peu le poids augmente. D'où il suit que contre l'*obésité*, il conviendrait probablement d'élever la dose plus que nous ne l'avons fait.

Cette observation met bien en relief les affreuses conséquences de l'*alcoolisme* auquel se joint l'action du *saturnisme*, chez le père. Signalons le *caféisme* chez la mère. L'abus du café, qui tend à se répandre de plus en plus chez les femmes, n'est pas sans avoir des inconvénients en déterminant de l'excitation, de l'énervement, du tremblement, en créant un véritable *nervosisme*.

Dans ce cas, à la naissance, l'enfant était d'une *petitesse* extrême ; il a fallu la mettre dans de l'ouate pendant deux mois. L'adipose aurait débuté à 3 ans et elle aurait augmenté d'une façon exagérée à l'apparition des règles, à la puberté.

OBS. LIII. — IDIOTIE ; NANISME ; OBÉSITÉ.

THOM.. (Marie Emilie), née le 13 avril 1884, est entrée dans le service le 13 septembre 1893.

Antécédents héréditaires et personnels. — PÈRE, 44 ans, bien portant, a eu des *convulsions* jusqu'à l'âge de 7 ans. Coléreux, ni alcoolisme, ni syphilis, ni rhumatisme.

Famille du père : Aucune tare morale, intellectuelle ou physique à signaler. Aucun cas de nanisme ni d'obésité.

MÈRE 44 ans. Jamais de convulsions aucun accident arthritique ou névropathique, mais elle est impressionnable et nerveuse. — *Famille de la mère*. Rien à noter.

Pas de consanguinité. Égalité d'âge.

La mère a été mariée deux fois ; de son premier mari, mort d'une congestion pulmonaire, elle eut quatre enfants bien portants. Mariée en secondes noces, elle eut deux enfants : notre malade, une fille âgée de sept ans, en bonne santé, intelligente sans convulsions, ni obésité.

Notre malade. Rien à relever au moment de la conception, au cours de la grossesse, pendant l'accouchement qui a eu lieu à terme, en « 1/2 heure ». Pas de circulaire du cordon. Pas d'asphyxie mais la tête était *très grosse*. L'enfant pesait plus de 4.500 grammes à la naissance. Elle fut nourrie au biberon (lait de chèvre).

Première dent à 13 mois. Dentition complète à 2 ans. Début de la marche à 3 ans. Elle ne parle pas encore et ne sait dire que quelques mots incompréhensibles (1894). La mère ne se

serait aperçue de l'état de son enfant que vers l'âge de 13 à 14 mois.

Convulsions vers l'âge de 13 mois avec perte de connaissance, cyanose, phase de clonisme et de sopor. On note une douzaine d'accès par jour avec des rémissions de deux heures environ. Jusqu'à l'âge de 7 ans, deux crises par mois. A partir de cet âge, elles s'espacent, changent de caractère. Il n'y a pas de phase tonique ni clonique. Il n'y a que des convulsions oculaires. Bave, et miction involontaire. Pas de paralysie consécutive.

Aucune autre maladie infectieuse que la scarlatine vers cinq ans. Pas d'accidents scrofuleux. — Pas d'onanisme, pas gourmande, pas de salacité. Coléreuse : dans ses accès de colère elle déchire tout ce qui lui tombe sous la main, frappe la paume des mains l'une contre l'autre. Pas de grincement de dents. — L'enfant est continuellement agitée de mouvements brusques, saute, se frappe les mains, tire la langue.

Fonctions digestives normales. Mastication régulière, ne bave pas, ne gâte pas. Selles régulières.

Sentiments affectifs assez peu développés ; elle paraît reconnaître ses parents ; elle s'attache aux personnes qui la soignent.

Parole à peu près nulle. Par intervalle elle parait comprendre l'ordre qu'on lui donne et l'exécute, d'autres fois il semble qu'elle n'a pas entendu.

État actuel. — Aspect de bonne santé. Adipose très nette. Les cheveux sont abondants, implantés très bas sur le front, et surtout sur les tempes. Crâne un peu aplati verticalement, allongé d'avant en arrière, un peu d'asymétrie, il paraît plus développé du côté gauche. Les fontanelles sont fermées. Le front est bas, les arcades sourcilières très accusées, garnies de sourcils châtains bien implantés, plus abondants d'un côté de la tête. Paupières normales, fentes palpébrales largement ouvertes. *Pas de blépharite*. Les yeux sont mobiles, iris bruns ; pupilles un peu rétrécies, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation. Léger strabisme convergent des deux côtés et surtout à droite. Nez camus, lobule volumineux, narines élevées, égales, sous-cloison oblique, descendant au-dessous du niveau des narines. Pommettes très saillantes, symétriques. Bouche grande, toujours ouverte. Lèvres peu épaisses, sans saillie exagérée de l'une ou de l'autre. Palais étroit et ogival. Amygdales et luette normales Menton ovale. Oreilles petites, bien ourlées, non écartées du

crâne. Lobule soudé. Cou : circonférence 26 centimètres. Corps thyroïde difficilement appréciable.

Membres supérieurs volumineux, épais pannicule adipeux. Brièveté des segments du membre supérieur.

Membres inférieurs courts, adipose exagérée. — *Six orteils* au pied droit. *Le pouce semble bifide*, un deuxième *orteil est accolé au pouce*, il n'en est séparé par un sillon *qu'au niveau de l'ongle*. Ce doigt bifide est séparé du deuxième orteil normal par une fente inter-digitale qui remonte plus haut sur le dos du pied que du côté sain.

Thorax développé. — La peau est doublée d'un épais pannicule, les mamelles sont un peu saillantes, la graisse sous-mammaire paraît très abondante. — Aréole pigmentée, le mamelon est déprimé. Rien à l'examen du cœur et des poumons. Adipose exagérée au niveau de la paroi abdominale amenant une véritable dépression de l'ombilic et formation de deux plis adipeux qui couvrent les sillons inguinaux dans la position assise. Rien à l'examen des organes abdominaux.

Puberté et organes génitaux. Les grandes lèvres épaisses cachent complètement les petites. Les petites lèvres, le capuchon et le clitoris sont très petits. Hymen en croissant. Pénil, aisselles complètement glabres.

Motilite volontaire, provoquée, reflexe normale. — Sensibilité générale intacte en tous ses modes. — L'acuité visuelle semble normale, mais il est impossible de se rendre compte si l'enfant distingue les couleurs. Même remarque pour l'ouï, l'odorat, le goût.

Taille : $1^m,17$ au lieu de $1^m,29$.

Poids : 37, 500 au lieu de 25 k.

C'est donc une *obèse* et une *naine*. La description clinique que nous venons de donner justifie ce diagnostic.

1895. — Élixir polybromuré et capsules de bromure de camphre.

5 *juillet*. — Le *traitement thyroïdien* est institué. Un demi lobe tous les deux jours du 5 juillet au 9 octobre. Un demi lobe tous les jours jusqu'au 5 novembre. — En tout 74 jours de traitement. Les modifications du poids et de la taille avant le début du traitement sont indiqués dans le tableau suivant :

	1893	1894		1895	
	Sept.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	37.500	33.500	32	33.500	31
Taille	1.17	1.17	1.17	1.20	1.20

MOIS.	DATE.	POIDS.	TAILLE.	OBSERVATIONS.
Juillet 1895	5	31. »	1.20	
	12	30.700	1.20	
	14	30.700	1.20	
	27	30.500	1.20	
Août	3	30.200	1.20	
	10	30.200	»	
	17	30.500	»	
	24	30.500	»	
	31	30.500	»	
Septembre	7	30.450	»	
	14	30.450	»	
	21	29.500	»	
	28	29.500	»	
Octobre	5	29.250	»	
	12	29.400	»	
	19	29.450	1.21	
	26	29.200	»	
Novembre	2	29.500	»	
Novembre	9	29.450	1.21	Le traitement est suspendu le 5 novembre.
	15	29.500	»	
	23	30.500	1.22	
	30	30.500	»	
Décembre	19	32. »	1.23	
Janvier 1896	10	31. »	1.235	

La taille a gagné en six mois trois centimètres. Elle était restée stationnaire de janvier 1895 jusqu'au début du traite-

Mois.	Date.	Poids.	Taille.	Observations.
1896. Janv.	4	31. »	1.235	
	12	31. »	1.235	
	19	30.400		
	26	30.400		
Février	2	29.500	1.24	
	7	29.400		
	14	29.800		
	21	29.900		
	27	29.900		
Mars	6	29.700		
	13	29.900		
	20	29.500		
	27	30. »		
Avril	3	30.500		
	10	31. »	1.25	
	17	31.500	1.25	
	24	31. »	1.26	
Mai	1	31. »		
	8	31.500		
	15	32. »		
	22	32.500		
	29	33. »		
Juin	12	33.500		
	14	33.400		
	17	34.300	1.26	

ment en juillet et ne s'était accrue que de trois centimètres en un an et demi, de septembre 1893 à janvier 1895.

Le traitement thyroïdien agit également sur le poids du

sujet et même d'une manière plus sensible. Dès que l'on donne le corps thyroïde à l'enfant le poids diminue d'une manière régulière, progressive et notable ; dès que le traitement est suspendu, le poids augmente aussi d'une façon régulière et progressive.



Fig. 30. — Thom... en 1898, à 14 ans.

En janvier 1896, la taille est de 1^m235 et le poids de 31 kil.. L'enfant est remise en traitement : un demi lobe tous les jours du 4 au 21 janvier. Le traitement est supprimé du 21 et 23 janvier. Du 2 février jusqu'au 25 mai, l'enfant prend un demi lobe tous les deux jours. Le 22 mai le traitement est complètement suspendu *(Fig.* 30 *et* 31).

En résumé la taille augmente de trois centimètres de janvier à juillet. Le poids s'abaisse de 31 kil. à 29 k. 500. Il oscille ensuite pendant le reste de la durée du traitement entre 29 k. 500 et 31 k. 500. Dès que le traitement



Fig. 31. — Thom... en 1898, à 14 ans.

est supprimé le poids remonte en un mois à 34 k. 300. La taille s'arrête dans sa croissance.

Poids et taille se sont donc montrés très sensibles à l'action du traitement. Le poids est le premier influencé par l'ingestion du corps thyroide, mais au bout d'un certain

nombre de mois l'amaigrissement est de moins en moins net. La taille au contraire continue à s'accroître progressivement. Notre sujet n'en est pas moins resté un sujet *nain*, au dessous de la normale. Il pourrait également être encore qualifié d'*obèse*.

OBS. LIV. — IDIOTIE ; OBÉSITÉ.

SOMMAIRE. — *Antécédents personnels et héréditaires. Père : névropathe. Consanguinité des grands parents paternels : Mère, migraineuse, conduite très irrégulière. Grand'mère, migraineuse morte d'un cancer utérin. Pas de cas de nanisme ni d'obésité dans les deux familles. Aucune tare morale ni intellectuelle. — Une sœur aveugle-née, morte de convulsions.*
Pas de consanguinité; inégalité d'âge de 2 ans.
Conception, grossesse, accouchement normaux. A la naissance, enfant très grosse. — Convulsions à six semaines. — Retard dans la marche. — Gâtisme. — Manies. — Colères. — Sommeil troublé. —
État actuel (1894) : H... est *déjà obèse*. — *Absence congénitale des globes oculaires.*
Séjour dans le service. Teigne et scarlatine en 1896. Rougeole en 1897. — Retard dans le développement des organes génitaux et des caractères sexuels. — Augmentation de l'obésité du sujet. — Examen et mensurations en 1903.

Hus... (Jeanne), née le 22 mai 1889, est entrée dans le service, le 2 janvier 1893.

Antécédents héréditaires et personnels. (*Renseignements fournis par la mère de l'enfant le 16 janvier 1893.*) PÈRE, 37 ans, chef d'équipe chez un marchand de fers. Non alcoolique. — Caractère très violent, mais non brutal. Pas de renseignement sur la syphilis. — [*Famille du père* : *Père* sobre, de caractère doux. — *Mère* violente, sobre. Le père et la mère étaient *cousins germains*. Aucun renseignement précis sur les grands parents. — *Oncles et tantes paternels* bien portants. Pas d'oncles maternels. — *Tantes maternelles* en bonne santé. Trois *frères*, normaux. — On ne signale aucune tare dans la famille du père. Ni aliénés, ni épileptiques, ni paralytiques, aucune malformation congénitale. La *taille* et l'*embonpoint* de tous les sujets seraient naturels. Aucune tare morale.]

Mère, 35 ans, ménagère, ni alcoolisme, ni syphilis, myope, migraine à chaque menstrue. Sa conduite serait fort suspecte. — [*Famille de la mère. Père* sobre, de caractère violent. — *Mère*, morte à 43 ans, probablement d'un *cancer utérin* ? Migraines fréquentes. — Aucun renseignement précis sur les *grands-parents* tant paternels que maternels. — Un *oncle* rhumatisant. Cousins bien portants. — Dans la famille on ne relève aucune tare intellectuelle morale ou physique.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge de 2 ans entre les conjoints.

Six *enfants*: 1° garçon 13 ans, bien portant; 2° fille morte à 21 mois de rougeole; 3° fille *née aveugle*, morte à six mois au cours de *convulsions*; 4° garçon de 6 ans 1[2; 5° notre malade; 6° fille de 7 ans 1[2 bien portante.

Notre malade.— Rien de particulier à la *conception*.— *Grossesse normale*.— *Accouchement :* durée 1/2 heure, aucune intervention médicale, l'enfant était *très grosse*. Elle n'a pas été pesée. Pas d'asphyxie bleue, ni blanche. *Absence congénitale des globes oculaires*.

Antécédents morbides. *Convulsions* à l'âge de six semaines. « L'enfant, dit la mère, se raidissait, sa figure se plissait, pâlissait, ce n'était pas une pâleur ordinaire, elle était très accentuée, l'enfant poussait quelques cris.— Élevée au sein jusqu'à 22 mois. Première dent à six mois, dentition complète à 2 ans. L'enfant ne marche pas encore et n'est pas propre. La parole, limitée à quelques mots, a débuté vers l'âge de 15 à 16 mois.

Onanisme, réprimé facilement. Ni voleuse ni gourmande. Pas de salacité, manies de casser, de briser tous les objets à sa portée ; de déchirer avec ses dents, de grincer des dents, de mordre.

Pas de troubles digestifs, pas de rumination ni de vomissements. Préhension défectueuse. Pas de vers intestinaux. Sommeil troublé, quelquefois accès de cris, cauchemars fréquents, sursauts, accès de rire, accès de pleurs.

Colères assez fréquentes, avec tremblement généralisé. Fréquentes secousses brusques. Pas de vertiges, pas de crises épileptiformes. Sentiments affectifs assez développés : elle reconnait ses parents, ses frères et sœurs et même les étrangers.

Rougeole à un an. Aucune autre maladie infectieuse. — Aucune manifestation de scrofule.

État actuel. (13 Janvier 1893.) Enfant bien développée, en état d'embonpoint prononcé. La face est absolument sans expressiou. Cheveux châtain clair, longs et abondants. Crâne légèrement dolichocéphale. Bosses occipitales peu saillantes, pariétales et frontales assez saillantes. Le crâne est symétrique, les fontanelles sont fermées. Le front est bombé, assez élevé, plus étroit que la face.

Face ovale, symétrique. Arcades sourcillières, très en retrait sur les bosses frontales. Les paupières supérieures et inférieures sont accolées et ne se relèvent pas spontanément. Mais, de chaque côté, on peut soulever la paupière supérieure et apercevoir une surface muqueuse, rougeâtre, excavée, qui se continue avec la face postérieure des paupières. Cils et sourcils blonds assez irrégulièrement implantés. Pas de blépharite. *Absence congénitale des globes oculaires.* — *Nez* long, camus, lobule intact, large. Narines assez grandes. Odorat peu développé. — Pommettes peu saillantes, régulières, symétriques. Bouche très bien conformée. — Lèvres de volume moyen. Voûte et voile du palais, rien de particulier. Langue de volume normal. Amygdale dr. un peu grosse. Réflexe pharyngien physiologique. Les dents sont au complet; à l'arcade dentaire supérieure, elles sont très espacées. Menton petit. — Oreilles grandes, bien implantées, bien conformées, lobule assez développé, non adhérent. Audition bonne. — *Cou* circonférence, 24 cm.

Les membres supérieurs et inférieurs n'offrent rien d'anormal dans leur conformation, leur motilité, leur sensibilité. Ils sont très potelés, le pannicule adipeux est épais. Les plis articulaires sont le siège d'encoches, ils sont profonds. Réflexes rotuliens, paresseux. Thorax volumineux, bien conformé. Pas de déviation rachidienne. Respiration abdominale. — Rien à l'auscultation ni à la percussion des poumons, du cœur; pouls normal. Abdomen assez saillant. La peau est *doublée d'un panicule adipeux assez épais.* — Foie normal. Râte non perceptible. — Région anale rien.

Organes génitaux et *puberté.* — Tout le corps est glabre. — Mamelles non développées, les aréoles, d'un gris rosé, sout légèrement soulevées. Diamètre des aréoles, 10^{mm}. Mamelons légèrement saillants. Pénil saillant, doublé d'une épaisse couche de graisse. Le pli sus-pubien est très profond, très marqué. Les grandes lèvres épaisses forment à l'entrée de la vulve un canal profond de 2 cent.. Capuchon petit recouvrant un très petit clitoris. Petites lèvres très peu développées.

Teigne: Épilation, lavage au savon noir, au sublimé, teinture d'iode.

Juin. — Amélioration de la teigne. Aucune modification des organes génitaux. Quelques progrès pour la marche et la parole.

1895. — Aucune modification des organes génitaux externes. — Progrès marqué de la parole et de la marche.

1896. — *Puberté*. Les mamelles se sont un peu développées. État stationnaire de la teigne.

4 avril. — Éruption de *scarlatine*. — Angine rouge. — Température 39°. — *8 avril*. — Desquamation T. R. 38°. Pas d'albumine dans les urines. Rien au cœur. — *17 avril*. — T. R. 37°. État général satisfaisant; la desquamation continue.

14 mai. — L'enfant, complètement guérie de la scarlatine, rentre dans la salle des teigneux.

11 juillet. — Amélioration de la teigne. — Progrès notables pour la marche et surtout pour la parole. Écholalie. L'enfant sait dire son nom, son âge, appelle les infirmières par leur nom.

1897. — Aucune modification du côté de la *puberté*. L'enfant gâte encore la nuit, mais pas le jour.

16 janvier. — *Rougeole*. Éruption très discrète, coryza. T. R. 38°. Sortie de l'isolement le 31 janvier.

1898. — Etat stationnaire de la teigne. Aucune modification du côté de la *puberté*.

1899. — Etat stationnaire de la teigne.

Puberté et organes génitaux. Léger duvet dans les aisselles. Les seins sont bien développés, le gauche plus que le droit. Les grandes lèvres se garnissent de poils. Elles sont épaisses et peu saillantes. Petites lèvres, clitoris, capuchon peu développés. *Premières règles* le 19 février. Elles sont et resteront moyennement abondantes; durée 5 jours.

Cette enfant n'a réalisé que peu de progrès, encore gâteuse la nuit, elle est toujours turbulente, et a toujours les mêmes manies de détruire, de déchirer.

1900. — *Puberté*. — Le pubis se garnit de poils. Les poils des grandes lèvres deviennent plus fournis ainsi que ceux des aisselles. Les organes génitaux ne se modifient pas dans leurs formes. Les *seins* ont encore augmenté de volume. Ils

sont piriformes. Même traitement général : bains salés, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, douches. — Teigne stationnaire.

1901. — *L'embonpoint de l'enfant a manifestement augmenté.* Son pannicule adipeux est épais sur l'abdomen et les membres. — Aucune modification des organes génitaux. — Amélioration de la teigne. Même traitement.

1904. — L'enfant n'a encore réalisé que peu de progrès. *Son embonpoint a considérablement augmenté.* — La teigne s'est très améliorée.

1903. 14 *février.* — Les cheveux de la plaque ne paraissent plus avoir de parasites.

Tableau du poids et de la taille.

	1893		1894		1895		1898		1899	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids	14	14.5	16.5	16.5	17	17	23	24	25.6	26
Taille	0.86	0.87	0.88	0.88	0.88	0.89	1.10	1.10	1.10	1.11

	1900		1901		1902		1903		1904	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids	26.5	26.5	29	29.5	40.5	52	61	65	72	72
Taille	1.11	1.12	1.12	1.13	1.15	1.15	1.30	1.30	1.32	1.33

Examen de l'enfant. (28 février). — *Etat général*. Bon, air de santé. L'enfant présente un état d'*obésité excessive.*

Tête. — *Crâne* assez volumineux, de forme arrondie, brachycéphale. Symétrie crânienne. Les bosses pariétales sont saillantes. Les bosses frontales le sont encore davantage; leur saillie est telle que le front se dirige obliquement en bas et en arrière. Le front est arrondi, étroit de hauteur, très proéminent sur la partie médiane, il est applati latéralement.



Fig. 32. — **Hus. . en mars 1903, à l'âge de 14 ans.**



Fig. 38. — Hus.. en 1903, à l'âge de 14 ans.



Fig. 34. — Hus... en 1904, à l'âge de 15 ans.

Mensurations du corps.

	1903	1904
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle......	34.5	38.5
A 1 cent. au-dessus de l'olécrane	27	32
— au-dessous —	25.5	31
Au poignet....................................	16	16.5
Circonférence du métacarpe	16.5	17.5
Circonférence des cuisses au niveau de la partie interne du pli de l'aine.........................	65	60
Circonférence au milieu de la cuisse.............	60	64
A un cent. au dessus de la rotule	47	47
A un cent. au dessous de la rotule	37	40
A la partie la plus saillante du mollet	39	41
Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne........	24	24
Circonférence au niveau du métatarse	28.5	22
Circonférence du thorax au niveau des aisselles..	92	96
— au niveau des seins.........................	99	95
— au niveau de l'appendice xiphoïde	88	96
Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic..	110	103

Examen des urines. — Rien de particulier.

Examen des radiographies : L'enfant est presque soudée.

Genou. Pli profond au niveau du creux poplité. La rotule est entourée d'une série de fossettes. Au niveau de l'articulation tibiotarsienne, pli cutané circulaire, profond.

Pied. La face dorsale du pied n'offre pas de convexité, est absolument plane. La face antérieure de la jambe forme un angle droit avec la face dorsale du pied qui est plat, en léger valgus, non douloureux. Le pied ainsi que les orteils sont courts et larges — La peau du pied, surtout à sa face dorsale, est doublée d'une épaisse couche de graisse souple.

Station debout. L'enfant écarte ses jambes pour élargir sa base de sustentation. La *marche* se fait en écartant les jambes, le pied repose sur le bord interne. L'enfant ne progresse que lentement, à petits pas, en se dandinant.

Les mouvements spontanés et provoqués dans les membres supérieurs et inférieurs sont normaux. Il en est de même des *réflexes* patellaires, olécrânien, plantaire.

Thorax — Très volumineux. En arrière, en avant des aisselles et sous les aisselles, on constate d'énormes masses lipomateuses. Au-dessous de la pointe de l'omoplate, profond sillon horizontal. La peau et la couche graisseuse sont si épaisses qu'il est impossible de palper le squelette thoracique. — Rien à l'auscultation, la pointe du cœur bat dans le 4[me] espace intercostal gauche en dessous du mamelon. Pouls 70, bien frappé.

Abdomen d'un volume énorme, proéminent en avant, globuleux, arrondi, couvert de vergetures. Ombilic très profond. Pli sus-pubien très accentué, se prolongeant très loin du côté des crêtes iliaques. Plis inguinaux très profonds. Tous ces plis sont le siège d'un léger intertrigo.

Colonne dorsale normale, dessinée par une gouttière profonde et large. Légère ensellure lombaire. Saillie exagérée de la région sacrée qui a la forme d'un triangle isocèle à base supérieure. Aux deux extrémités de la base, c'est-à-dire au niveau des articulations-sacro-iliaques, présence de deux fossettes digitales. Le *bassin* semble large et renversé en avant. Le palper du bassin est impossible vu l'épaisse couche de graisse.

Organes génitaux et puberté. Aisselles glabres. Pénil saillant, poils assez longs, frisés, assez fournis, couvrant un triangle d'une base de 9 cent., d'une hauteur de 3 cent.. — Grandes lèvres peu saillantes, larges, glabres. Petites lèvres très minces, très courtes, capuchon et clitoris tout petits. Hymen en fer à cheval. *Seins* pendants, piriformes, le gauche plus volumineux que le droit. Mamelon tout petit. Aréoles pâles ayant un rayon de 1cm.5. diamètre horizontal.

1903. — *Mars.* — Ni sucre, ni albumine dans les urines. 13 gr. 6 d'urée par litre, phosphate 2 gr. 5, chlorures 7 gr. 4. On n'a pas pu recueillir exactement les urines de 24 heures.

10 *Mars.* — Poids : 65 kgr.; Taille : 1m,30. *Traitement thyroïdien* : 1re semaine, 0 gr. 25; 2e semaine, 0 gr. 60; 3e semaine, 0 gr. 75; puis 1 gr..

Radiographie : Soudure incomplète du tibia, à peu près complète du fémur.

26 *Juin.* — Elle a gagné 2 cent. (1m,32 au lieu de 1m,30, soit 19 cent. en dessous de la taille normale) et augmenté de 2 kil.. — *Glande thyroïde :* 1 gr, 75; du 20 au 30 Juin, 2 gr..

10 *Décembre.* — Poids : 72 kil.; taille : 1m,32. — *Deuxième traitement* : 0 gr. 50, 0 gr. 75, 1 gr., 1 gr. 25.

1904. — *Juillet.* — L'aspect général est le même. L'obésité est demeurée stationnaire depuis le 1er janvier (72 kilog.) ainsi que la taille (1m32 et 1m32). Les fesses et les cuisses sont comme mamelonnées. La partie inférieure des cuisses présente en dedans un gros bourrelet au-dessous duquel le pli du jarret est très accusé. Entre celui-ci et le pli fessier, il y a 3 plis demi-circulaires.

Puberté et organes génitaux. — Aisselles glabres. Les *seins* sont très pendants, volumineux, le gauche plus que le droit ; diamètre transversal à droite : 23, à gauche : 24 ; diamètre vertical à droite : 19, à gauche : 20.

La différence de volume est appréciable et à la vue et au toucher. Les *aréoles* sont couleur café au lait. La gauche mesure 4 cent. sur 5, la droite 3 et demi sur 4 ; le mamelon est un peu plus saillant à gauche qu'à droite. — Le mont de Vénus est bombé, mais il n'est pas aussi volumineux que l'obésité pourrait le faire supposer (*Fig.* 32). Il est garni de poils bruns moyennement longs sur une largeur de 11 cent. et une hauteur de 5 cent. Entre eux et le pli de l'aine, il y a 2 cent. de peau glabre. Les poils sont un peu plus fournis, comme cela se rencontre souvent, immédiatement au-dessus de la jonction supérieure des grandes lèvres. Quelques poils sur les grandes lèvres qui sont plutôt plates. Le capuchon, le clitoris, le gland sont très peu développés. Les *petites lèvres* ont 15^{mm} sur 3 ou 4^{mm}. La droite est un peu plus longue que la gauche. Traînée de poils descendant des grandes lèvres le long du périnée et de chaque côté de l'anus qui, lui, est glabre. La vulve est profonde. L'ouverture de l'hymen, déchiquetée, est large, et l'index s'y enfonce librement.

Les *règles*, parues en février 1899, à 12 ans, ont toujours été régulières. Elles sont assez abondantes, durent 3 ou 4 jours.

1904. — 10 *Mars*. — Le traitement a toujours continué. — Poids 71 kil. ; taille 1^{m},335.

1er *Juin*. — Suspension du traitement : poids : 72 kil. ; taille : 1^{m},335.

Durant les deux traitements, le maximum de diminution du poids n'a été chaque fois que d'un kilog. Cette diminution n'a été que transitoire et, en fin de traitement, le poids avait un peu augmenté. Quant à la taille elle ne s'est accrue que de 35^{mm}.

RÉFLEXIONS. — A l'âge de 14 ans, le *poids* de Hus... devait être de 36 k. 3 alors qu'il était de 61 k. Sa *taille* devait être de 1 m 44 alors qu'elle était de 1 m 31.

H... est *naine* et *polysarcique*. Est-elle une *infantile* ? Son facies est celui d'un sujet de son âge, les caractères sexuels accessoires, les organes génitaux sont également

	1893		1894		1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Circ. horiz. max	49	49	49	49	49.5	49.5	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	53	53	53	53	53	53
D.-circ. bi-auricul. ..	31	33	33	32.5	34	34	34.5	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	34
Dist. de l'art. occip. altoïd. à la rac. du nez.	36	36	36	35	36.5	36.6	36.6	36	36	36.5	37	37	37	37	37	37	37	37	37	38	38	38
Diam. ant-post. max.	16	16.5	16.5	17.3	17.5	17.5	17.5	17.5	17.5	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	19	19	19.5
— bi-auricul......	11	11.5	11.5	11.7	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	12	12	12	12	12	12	12	12	12	13	15	15	13.5
— bi-pariét.......	13	13.5	13.5	13.5	13.5	13.6	13.6	13.[illegible]	[illegible]4	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14.5
— bi-temp........	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	13	15	15	16	16	16	16	12.5
Haut. méd. du front.	4.5	5.5	5.5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

En juillet 1904 les mensurations sont les suivantes : 54, — 35, — 39, — 18,5, — 13,5, — 15,2, — 13, — 6.

à peu près normalement développés. Elle n'est donc pas, en réalité, une infantile. L'infantilisme n'est pas venu se superposer au nanisme et à l'obésité.

Les *photographies* donnent une idée bien plus exacte de son degré d'obésité que les mensurations qui ont été difficiles à prendre. Elles semblent montrer que la répartition du tissu adipeux varierait d'une époque à l'autre dans la même région.

H... était *polysarcique* dès sa naissance. A 4 ans, à son entrée dans le service, elle pesait 14 kilogr.; sa polysarcie n'a fait que s'accroitre et en particulier entre les âges de 12 ans à 14 ans. Elle présente des signes multiples de dégénérescence : Absence congénitale des globes oculaires, malformation crânienne, malformation de la voûte et du voile du palais, *bifidité de la luette*, *absence d'une amygdale* : tous stigmates de dégénérescence d'ordre anatomique qui s'allient très bien avec le nanisme et l'obésité du sujet, stigmates d'ordre physiologique.

L'insuffisance de renseignements sur la famille de l'enfant, qu'il nous a été impossible de compléter, les père et mère ayant disparu, ne nous a pas permis de déterminer avec précision la cause de ces troubles. Nous ne pouvons relever que quelques tares névropathiques et arthritiques assez vagues chez les parents de l'enfant.

H... était aveugle de naissance comme une de ses sœurs. Ce cas est à rapprocher de celui de l'enfant Dreve...

Tous les *idiots obèses* ne sont pas nains. Nous en avons vu un certain nombre qui avaient la taille normale. Nous avons publié l'observation de l'un d'eux (avec figures) dans notre *Compte-rendu* de 1890 (p. 223.)

§ IV. Nanisme et rachitisme.

Le *nanisme rachitique* est plus rare, à en juger par notre expérience personnelle, que le nanisme par simple arrêt de développement. D'ailleurs le nombre de nos malades, filles et garçons, atteints de rachitisme, est



Fig. 85.



Fig. 36 et 37.

assez limité (1). Bien que les cas que nous allons citer, à titre de spécimens, soient moins beaux que celui qui a été publié dans les *Archives de neurologie* (1903, vol. XVI, p. 31); par MM. S. Garnier et A. Santenoise, nous avons cru devoir les publier. Dans le cas de MM. Garnier et Santenoise, il s'agissait d'un garçon né en 1891. Sa *taille* mesurée aussi bien que possible est de 81 cent. au lieu de 1 m. 27 ; son *poids* est de 11 kilogr. 400 au lieu de 26 kil. 130. Les *fig.* 35, 36 et 37 donnent une idée exacte de son rachitisme.

OBS. LV. — NANISME ET RACHITISME.

SOMMAIRE. — *Père, 20 ans plus âgé que la mère, caractère irritable, nombreux excès de boissons* (absinthe). — *Grand-père paternel, excès d'eau-de-vie. — Renseignements insuffisants* (2).

Mère sujette à des névralgies. — Grand-père maternel, quelques excès de boisson. — Grand-oncle maternel, excès de boisson, suicidé par pendaison. — Autre oncle suicidé (revolver). — *Grand-oncle épileptique. — Plusieurs oncles et tantes morts de convulsions en bas-âge. — Tante maternelle myope.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 20 ans, père plus âgé.

Une sœur a eu des convulsions ; strabique ; n'a marché qu'à 5 ans. — Deuxième sœur strabique. — Frère strabique, mort de convulsions. — Un autre frère et une autre sœur strabiques. — Autre sœur morte de convulsions. — Frère strabique à la naissance.

Conception dans l'ivresse. — Grossesse : émotions causées par les ivresses de son mari, chute avec perte de connaissance, dix jours avant l'accouchement. — Accouchement rapide avec beaucoup d'eau. — Enfant chétif à la naissance. — Première dent à un an. Dentition complète à 4 ans. — Convulsions à 5 mois, généralisées, tous les quarts d'heure, pendant 9 à 10 heures. — Rougeole à 5 ans. — Coqueluche à 8 ans. — Impétigo. — Anomalies des orteils. — Lésions rachitiques. — Nanisme.

---

(1) On trouvera plus loin une *Note* que nous avons communiquée au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Bruxelles de 1903. — Voir aussi la thèse de l'un de nos élèves : Renoult (P.-L.), *Contribution à l'étude des rapports de l'idiotie et du rachitisme.* Paris 1902.

(2) Nous n'avons pu compléter cette observation, les parents ayant disparu depuis plusieurs années.

Vib... (Jeanne-Louise), née le 16 janvier 1887, entrée le 20 septembre 1899.

Nous nous bornerons à relever les points principaux de son *rachitisme* et ce qui concerne sa *puberté*.

Crâne petit, symétrique. Pas de saillie anormale. Visage triangulaire, un peu asymétrique, le côté droit étant un peu moins développé que le gauche. Front très bas (3 cent. 1/2), recouvert de petits poils dans ses tiers externes. Sourcils très abondants, sans solution de continuité. Orbite *excavé*. Pas de strabisme. La sous-cloison *nasale* fait relief. Le *cou* est très court ; la tête enfoncée dans les épaules est inclinée en avant.

Les membres supérieurs sont longs, amaigris ; l'extrémité inférieure du radius et du cubitus est assez grosse.

Thorax aplati entre les clavicules et les seins, puis bombé d'une façon prononcée, jusqu'aux fausses côtes. En arrière, saillie marquée des apophyses épineuses des 6e et 7e cervicales, des trois premières dorsales, formant une convexité prononcée tournée vers la droite ; elle se continue jusque vers la 8e dorsale. Abdomen saillant.

6 *octobre*. — L'enfant mesure 1,03 au lieu de 1,35 (taille normale de son âge), soit en moins 32 centimètres.

1899. *Système pileux et organes génitaux*. — A part quelques poils fins sur les deux faces du thorax, le corps est glabre. Grandes lèvres un peu épaisses. Petites lèvres brunes, triangulaires. Clitoris petit. Orifice de l'hymen, circulaire.

1901. La *radiographie* faite en juin montrait que ses cartilages n'étaient pas ossifiés.

1904. 4 *août*. — Les seins forment une légère convexité dans une étendue de 2 ou 3 centimètres. Sous les aisselles bande de poils de cinq centim. sur 1 cent. à peine à droite ; à gauche, 4 cent. sur 1 à peine.

Une dizaine de poils de chaque côté du pénil. Les grandes lèvres forment une légère convexité et présentent des poils courts assez nombreux dans toute leur hauteur (3 centim.). Le capuchon, le clitoris, les petites lèvres forment saillie en dehors des grandes lèvres. Le capuchon est assez développé ainsi que le clitoris et son gland. Les petites lèvres ont un centim. de longueur sur 6 à 7 mill. de largeur. Hymen intact, orifice circulaire. Poils abondants, longs, de chaque côté du périnée et autour de l'anus.

Le *bassin* est étroit avec saillie prononcée des crêtes iliaques et du sacrum qui offre une convexité plus prononcée que normalement. Les membres inférieurs sont longs, grêles, sans incurvation, avec une légère saillie des malléoles.

Pieds. Le 4e orteil forme une saillie sur la face dorsale du pied (des deux côtés) et repose sur le 3e et 5e orteils. Il mesure deux centim., tandis que le 5e en mesure 3, et le 3e, 4 ; il y a une légère *palmature* entre le 2e et 3e orteils. Le 4e orteil gauche est un peu plus gros et un peu plus long que le droit.

	1899		1900		1901		1902		1903		1904	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids .		14	15	15.50	15.50	15.5'	16	16.50	17	16.50	18	16
Taille..		1.0·	1.04	1.10	1.10	1.10	1.10	1.12	1.12	1.13	1.16	1.16

Vib..., âgée aujourd'hui de 17 ans, ne mesure que 1 m. 16 alors qu'elle devrait mesurer 1 m. 546. (*Fig.* 38, 39 et 40.)

OBS. LVI. — IMBÉCILLITÉ, RACHITIISME ; NANISME.

Fuch. (Marguerite), née à Paris le 9 novembre 1887, entrée le 16 avril 1894.

1897. Poids : 18 kg.; Taille: 1 m. 04 ; en moins 21 cent. *Premier traitement* du 1er février au 15 août : 0 gr. 25 à 1 gr. Poids : 17 kg. 500 ; Taille : 1 m. 06. Traitement irrégulier par suite de défaut de glande.

1900. Poids: 21 kg. 500 ; Taille : 1 m. 16. *Second traitement*: du 1er janvier au 15 avril : 0 gr. 75 à 1 gr. Poids : 20 kg. 500 Taille : 1 m. 17.

15 *Décembre*. Poids : 22 kg. 500 ; Taille : 1 m. 19. *Troisième traitement* du 15 décembre 1900 au 15 mars 1901 : 0 gr. 75 à 1 gr. Poids : 20 kg. 500 ; Taille : 1 m. 195.

1901. Poids : 24 kg. ; Taille : 1 m. 22. *Quatrième traitement* du 1er septembre au 31 décembre : 0 gr. 50 à 1 gr. 25. Poids : 21 kg. 500 ; Taille : 1 m. 24.

1903. Poids : 27 kg. ; Taille : 1 m. 26. *Cinquième traitement*

du 2 janvier au 31 mars : 0 gr. 25 à 1 m. 25. Poids : 25 kg. 500 ; Taille : 1 m. 28.



Fig. 82. — Vib... en 1904 (17 ans).

1er juillet. Poids : 26 kg. 500 ; Taille : 1 m. 285. *Sixième traitement* du 1er juillet au 30 septembre : 0 gr. 25 à 1 gr.

Poids : 26 kg. 500 ; Taille : 1 m. 29 au lieu de 1 m. 52, soit en moins 23 cent.

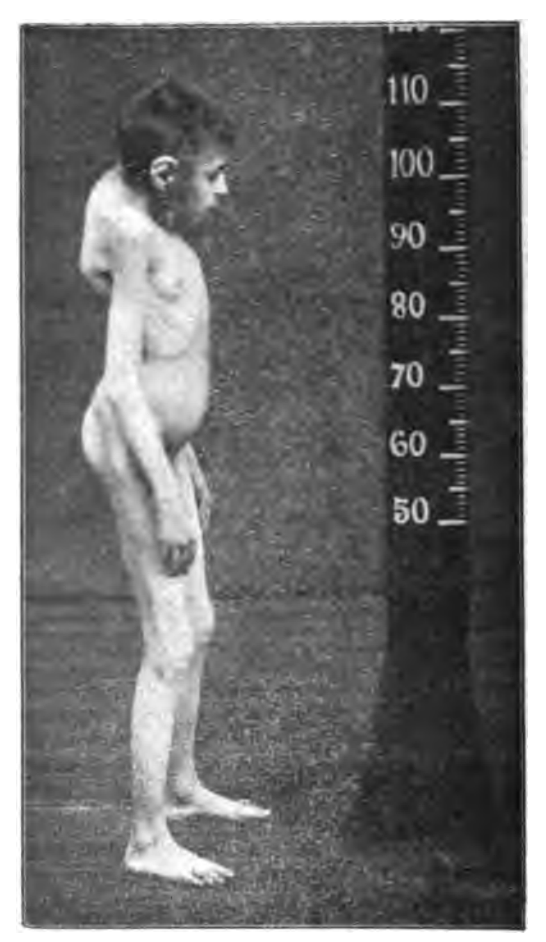


Fig. 39. — Vib... à 17 ans.

1904. *Juin.* Poids : 27 kg. 500 ; Taille : 1 m. 29. Non soudée. Non réglée.

Rachitisme. — Bosses pariétales légèrement saillantes. Nez aplati. Palais ogival. Menton pointu. — Clavicules flexueuses

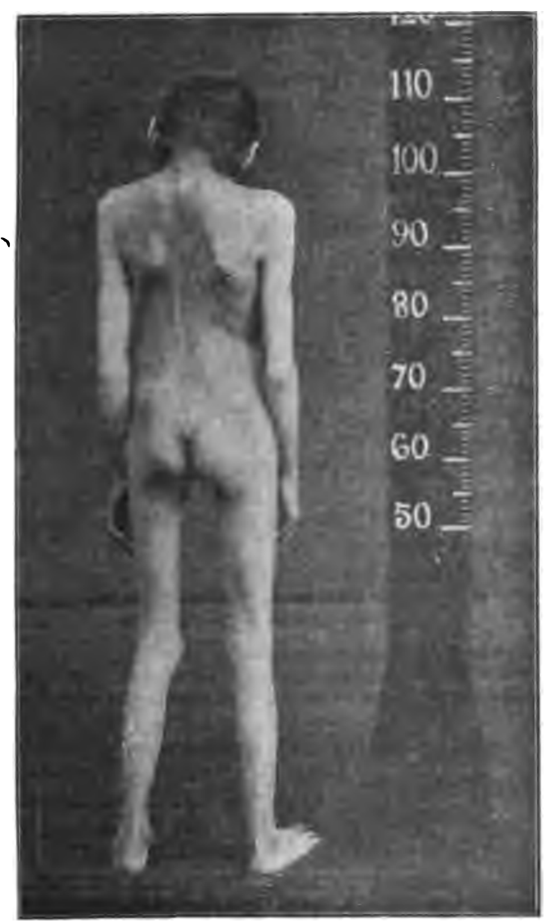


Fig. 40. — Vib... à 17 ans.

— Sternum, angle de Louis très marqué. Chapelet costal à peine perceptible.

Colonne vertébrale : scoliose. — La portion dorsale de la 1re à la 12e dorsale forme une courbure à concavité gauche, déterminant une saillie des côtes droites et de l'omoplate et un enfoncement de tout le côté gauche du thorax sur lequel l'angle de l'omoplate fait une saillie. La portion lombaire de la colonne vertébrale décrit une courbe à concavité droite mais moins marquée que la courbure dorsale. Toute la partie supérieure du tronc est inclinée à droite (*Fig.* 40) et les fausses côtes de ce côté croisent fortement la crête iliaque correspondante.

Bassin. — Élargissement du diamètre supérieur.

Membres supérieurs. — Humérus légèrement incurvé ; articulations sensiblement augmentées de volume.

Membres inférieurs. — Fémurs légèrement tordus. En haut les cuisses ne se touchent pas et sont séparées de trois travers de doigt. Tibias normaux. Léger degré de *genu valgum*. Démarche en canard.

Puberté.— Poils rares sous les aisselles : 3 centimètres sur un à gauche, 2 cent. sur 1 à droite. Les *seins* mesurent transversalement 9 cent. et verticalement 8 cent ; les aréoles ont 2 cent. de diamètre ; mamelon lenticulaire. Poils assez longs (6 cent. sur 4) au niveau du *pénil*, bruns, assez nombreux, ainsi que sur les grandes lèvres. Celles-ci, peu saillantes, écartées dans toute leur longueur d'au moins 1 cent. laissent voir le capuchon et les petites lèvres débordantes. Les petites lèvres ont 2 cent. de hauteur sur 3 de largeur ; elles sont assez épaisses et fortement pigmentées en dehors. L'*hymen* n'est pas frangé, mais son orifice est *très grand*, laissant entrer facilement l'index. L'enfant nie se toucher et avoir eu *des rapports*. Au-dessous de la fourchette, normale, il y a quelques poils allant jusqu'au voisinage de l'anus dont le pourtour est glabre.

Puberté en 1904. — Face, thorax, abdomen, membres, tout à fait glabres.

Seins égaux, 11 cent. de hauteur sur 14 de largeur.

Aisselles. — Poils rares occupant à gauche une bande de 5 cent. 1/2 de long. sur 1 c. 5 de largeur et à droite de 4 cent. de long. sur 1 c. 5 de large.

Pénil. — Poils abondants, 10 cent. de largeur sur 6 cent. de hauteur. — Grandes lèvres peu saillantes, recouvertes de poils. Petites lèvres pigmentées, dépassant largement les



Fig. 41. — *Radiographie* du pied droit de Vibert.

grandes lèvres. — Clitoris invisible caché complètement par le prolongement des petites lèvres. Hymen perforé, laissant passer l'extrémité du doigt. — Vestibule profond.

L'un des malades dont nous avons parlé précédemment (OBS. XLII et dont l'on trouvera l'histoire complète dans la thèse de M. Renoult, p. 58), avait sa place marquée plutôt dans ce chapitre que dans celui des nains par simple arrêt de développement, car il présente des *déformations rachitiques* encore bien prononcées, ainsi que le montre le résumé ci-après :

Membres supérieurs un peu gros, n'apparaissant pas de prime abord déformés. Le squelette ne présente pas d'incurvation. Les épiphyses inférieures des humérus et les épiphyses inférieures des radius portent quelques nouûres. L'épiphyse inférieure du cubitus gauche est épaisse....

Membres inférieurs : Ils sont le siège de *déformations rachitiques* accentuées. Les cuisses sont grosses, courtes ; les fémurs ont une incurvation antéro-postérieure nette, elles sont constamment en une flexion assez notable sur le bassin. Les genoux, volumineux, sont en contact l'un avec l'autre. Les jambes vont s'écartant fortement en dehors ; la jambe droite surtout est fortement déjetée.

Les malléoles tibiales et péronières sont épaissies, surtout ces dernières. La forme de la voûte plantaire, de la face dorsale du pied, le squelette du pied, sont normaux.

Thorax : assez volumineux, présentant deux méplats au niveau des hypochondres.

Le rebord inférieur des fausses côtes est, au contraire, rejeté en dehors. Le sternum n'est pas projeté en avant. La colonne dorsale n'offre pas de malformations. On constate la présence d'un chapelet rachitique.

	1899		1900		1901		1902		1903		1904	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids....	19.603	19.6	23	24.2	26.5	27.5	28.5	29.7	30.7	30.9	32.2	32.8
Taille. .	0.91	0.91	0.975	0.99	1.07	1.04	1.11	1.16	1.19	1.19	1.22	1.25

Rappelons que sa taille n'est que de 1 m. 25 au lieu de 1 m. 54 et que le traitement thyroïdien a diminué la différence entre sa taille et la taille normale à son âge.

§ V. Nanisme Mongolien ;

par BOURNEVILLE et Reine MAUGERET.

Le *nanisme* relatif constitue l'un des caractères d'une forme d'idiotie décrite par les auteurs anglais, qui semblent s'en être occupés les premiers, sous le nom d'*idiotie mongolienne* ou *kalmouke*. L'un de nous en a rapporté déjà un certain nombre d'exemples (1) et mis en relief les principaux traits cliniques, offerts par ces malades et qui permettent d'en faire un groupe bien net. L'arrêt de développement de la taille a paru fournir une indication sérieuse du traitement thyroïdien. Nous verrons que l'anatomie pathologique, montrant des lésions de la glande thyroïde, a justifié ce mode de traitement. Comme nous avons donné déjà (2) un résumé des résultats fournis par le *traitement thyroïdien*, nous nous contenterons, de rapporter une seule observation de ce groupe de nains.

OBS. LVII. — IDIOTIE MONGOLIENNE ; TUBERCULOSE PULMONAIRE.

SOMMAIRE. — *Père rien de particulier; — Mère, rien à noter, sauf quelques céphalalgies. — Grand-père paternel, quelques excès de boisson. — Oncle maternel, mort d'hémorrhagie cérébrale. — Petite cousine, faible d'esprit. — Gémellarité. — Un frère mort de tuberculose.*

---

(1) Bourneville. — Art. dans *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. IX, p. 58 ; — *Idiotie du type mongolien, Compte-rendu de* 1901, p. 137-147 ; — *Idiotie du type mongolien, Compte-rendu de* 1902, p. 3-18 ; — Bourneville et J. Boyer, *Imbécillité congénitale, type mongolien, Ibidem*, p. 24-35 ; — Bourneville, *Congrès des aliénistes et neurologistes*, de Bruxelles 1903, t. II, p. 282.

(2) Voir *Progrès médical*, 1903, n° 34, p. 120, et *Archives de neurologie*, 1903, 2ᵉ série, t. XVI, p. 252.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans. — Père plus âgé.
Conception rien d'anormal. — Grossesse, accidentée par des ennuis, mais ni peurs ni coups. — Première dent à 13 mois. — Dentition complète, marche, propreté, tardives. — Début de la parole à 15 mois, évolution lente, prononciation défectueuse, voix enrouée. — Premiers signes de l'idiotie. — Rougeole à 2 ans 1/2. Coqueluche vers 3 ans. Blépharite chronique. — Constatation de l'idiotie vers 18 mois. — Abcès cervical. — Notions du bien et du mal. Puérilisme. — Végétations adénoïdes.
1903. — Description de la malade. — Traitement thyroïdien : accroissement de la taille. — Amélioration intellectuelle. — Bronchite, stomatite, péritonite, entérite, tuberculose pulmonaire. —Mort. — Autopsie.

Mait... (Mina Germaine), née à Paris le 28 septembre 1891, est entrée à la Fondation Vallée le 2 mai 1902 et y est décédée le 4 mars 1094.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère*). — PÈRE, 58 ans, forgeron, très-bien portant, né au Creusot, venu à Paris vers 45 ans; marié à 27 ans; boit très-peu; n'est pas nerveux; pas de convulsions, pas de fièvre typhoïde; pas d'indices de syphilis; exempté du service militaire pour *défaut de taille.*

[Son *père*, mort à 72 ans de pneumonie, ne buvait pas. — Sa *mère* est morte à 82 ans, de cause inconnue. — Aucun renseignement sur les *grands-parents paternels* ni *maternels*. — Du côté paternel, un oncle, mort on ne sait de quoi, sans enfants. — Du côté maternel, un oncle, mort aussi on ne sait de quoi, ayant eu plusieurs enfants, sur lesquels on n'a pas de renseignements. — Un *frère* et 2 *sœurs*, bien portants; 1 *frère*, mort à 52 ans de pneumonie; 1 autre *frère*, mort récemment; aucun d'eux, ni leurs enfants, n'ont eu de convulsions. — Rien de particulier à signaler dans le reste de la famille. Aucun autre exemple de *type mongolien*.]

MÈRE, 52 ans, ménagère; d'un bon aspect général; née au Creusot, venue à Paris à 27 ans comme nourrice; réglée à 16 ans, d'abord irrégulièrement puis normalement; elle n'a eu ni convulsions, ni fièvre typhoïde. Elle n'a pas de migraines, mais quelquefois des *céphalalgies*, plutôt rares; elle n'est pas de tempérament nerveux; pas d'alcoolisme; aucun indice

de syphilis. — [Son *père*, mort à 48 ans des suites d'un accident de voiture, était bien portant ; il faisait quelques *excès de boisson*, « mais on ne peut pas dire qu'il tombait dans le vin ». — Sa *mère*, morte à 65 ans, de cause inconnue (vieillesse, fatigues). — *Grand-père* et *grand'mère paternels*, morts vers 75 ans, on ne sait de quoi. — *Grand-père maternel*, mort vers 65 ans, et *grand'mère maternelle* à 77 ans, pour tous deux on ne sait de quoi. — Du côté paternel, oncles et tantes, sur la mort desquels on n'a pas de renseignements. — Du côté maternel, 8 oncles et tantes ; l'une de ces tantes serait morte de *folie* quelques jours après avoir accouché de deux *jumelles*, lesquelles vivent encore, sont bien portantes, mariées, et auraient des enfants, mais pas de jumeaux. — 3 *frères* et 3 *sœurs* : 2 des frères sont vivants, très-bien portants, et n'ont pas d'enfants ; l'autre est mort à 47 ans, d'*hémorrhagie cérébrale* avec *hémiplégie*, quelques jours après l'attaque sans avoir repris connaissance. — 2 des *sœurs* sont mortes, l'une en couches à 36 ans, l'autre à 56 ans on ne sait de quoi ; l'autre est vivante, en bonne santé. L'une d'elles a eu deux *jumeaux* : un garçon, actuellement âgé de 13 ans, bien portant, et une fille « qui est morte en venant au monde. » Tous les enfants de ces frères et sœurs sont en bonne santé, et n'auraient pas eu de convulsions. — Dans le reste de la famille, rien à signaler, sauf une petite cousine *faible d'esprit*, mais qui était cependant capable de gagner sa vie. Aucun autre exemple de type mongolien.]

Pas de consanguinité, bien que le père et la mère soient tous deux du Creusot.— Inégalité d'âge de 7 ans (père plus âgé).— Mariés : le père à 27 ans, la mère à 20.

Neuf enfants, pas de fausses couches. Aucun des enfants n'a eu de convulsions ni de chorée. — 1° une fille, actuellement âgée de 31 ans, toujours très bien portante depuis sa naissance, ainsi que ses trois enfants; — 2° un garçon 29 ans, bien portant, de même que sa fille ; — 3° un garçon, mort à 2 ans, de bronchite(?) ; 4° un garçon, mort *tuberculeux* à 20 ans n'avait jamais eu de santé; — 5° un garçon, actuellement âgé de 21 ans, soldat, très bien portant; — 6° un garçon, âgé de 18 ans, rien à noter ; — 7° une fille, morte en naissant ; — 8° une fille, âgée de 13 ans 1/2, bien portante ; — 9° la malade.

La malade.— Rien à signaler en ce qui concerne la *conception*.— Pendant la *grossesse*, vif ennui de la mère de se

voir encore enceinte : « J'étais vieille déjà, j'avais 42 ans et une fille mariée, aussi j'étais vivement contrariéé. J'ai pris quelques tisanes, un peu de safran, mais rien ne l'a fait passer. Je me faisais tellement d'ennui, que je me figurais que je n'aurais pas un enfant comme il faut. » Rien autre à signaler durant la grossesse. — Premiers mouvements de l'enfant vers six mois, semblables aux mouvements des autres enfants.— *Accouchement* à terme, normal, par le sommet en 3 heures.— *A la naissance*, pas d'asphyxie, pas de circulaire autour du cou. L'enfant était assez grosse, elle pesait dans les 7 livres. Elle a crié de suite.— *Allaitement* au sein, par la mère ; elle a bien pris le sein.— Pas d'accès de cris. Elle était plus calme que ses frères et sœurs.— Sevrée à 18 mois.

Première dent vers 13 mois. La première dentition a été mauvaise. « Elle était en retard pour ses dents, par rapport à mes autres enfants. Elle a été aussi plus tardive pour la marche qui n'a eu lieu qu'à 18 mois. Elle n'a été propre qu'à 2 ans 1/2, plus tard que ses frères et sœurs ».— La *parole* a débuté à 15 mois, son évolution a été très lente, il n'y a que 2 ans qu'elle a fait des progrès; elle a toujours mal prononcé, et sa voix est enrouée.— Sa tête était petite à la naissance, mais les fontanelles se seraient fermées comme chez ses frères et sœurs.

Jamais de convulsions.— C'est vers l'âge de 18 mois que la mère a constaté que son enfant était en retard, « parce que je ne voyais pas sa physionomie comme les autres, parce qu'elle ne faisait pas attention. » Puis vers l'âge de 3 ou 4 ans, les parents sont devenus inquiets de son état mental : l'enfant était très propre, mais inintelligente.

Caractère doux, pas d'accès de colère. Pas de mauvais instincts, elle n'est ni menteuse, ni gourmande, ni voleuse ; elle aurait plutôt peur du feu. Pas d'onanisme. — « Elle sait, bien quand elle fait mal. — Elle s'amuse le plus souvent, comme un tout petit enfant, quelquefois cependant, comme un enfant de son âge, mais elle est plutôt bébé ». — Elle sait manger et s'habiller seule. — Elle n'a pas eu de vers. — Sentiments affectifs très développés : « elle est très affectueuse, si on la gronde elle vous embrasse », elle est caressante pour tout le monde.— Elle pleure facilement.— La mère ne peut préciser l'époque à laquelle son attention s'est un peu fixée.— Mise à l'école dans une petite pension, vers 8 ans, elle y resta 2 ans mais n'y apprit rien; elle ne retient rien et ne connait même pas ses lettres. On la mit ensuite à l'école communale où elle séjourna 6 mois ; la maitresse déclara qu'elle amusait

plutôt les autres et n'apprenait rien, et c'est elle qui conseilla de la placer pour l'améliorer.— L'enfant ne ressemble ni à son père ni à sa mère.— Comme *maladies infectieuses*, elle a eu : une *bronchite* (?), la *rougeole* vers 2 ans 1/2, la *coqueluche* vers 3 ans. Comme accidents scrofuleux, elle a eu un *abcès* sur le côté droit du cou et de la *blépharite* : *depuis l'âge* de 2 ans 1|2, *elle a eu souvent mal aux yeux*, ses *yeux sont presque toujours rouges, et les paupières sont collées*, je les soigne facilement. Mes autres enfants *n'ont pas de plaques rouges sur les joues*.— A 6 ans, on lui enleva des *végétations adénoïdes*, il y en avait peu, une seule opération suffit : « cela ne lui a pas fait grand chose ». — L'enfant n'a subi aucun traumatisme ni sévice.—La mère attribue l'état de son enfant à ses ennuis durant sa grossesse.

État actuel (mai 1902). — L'état général de l'enfant est médiocre. Elle est maigre, et ne paraît pas avoir une bonne santé. Elle tousse, et sa voix est voilée. — Elle présente au premier aspect le *type mongolien* bien net (*Fig*. 42). La physionomie est peu expressive ; le regard est sans expression ; l'enfant paraît timide et baisse la tête dès qu'on lui parle. Les *pommettes* et le *menton* sont *très rouges*. — Les cheveux sont châtain clair. — Il existe de petite cicatrices sur le côté droit du dos, à l'angle de l'omoplate.

Tête. — Le *crâne* n'est nullement microcéphale ; ses deux moitiés sont symétriques. *Les fontanelles sont soudées*. — Le visage est de forme ovale. Les yeux présentent assez nettement la forme en amande, qui se rencontre dans la race mongole. Ils sont petits. Il y a un très-léger degré de *strabisme*. Il y a aussi une légère saillie du globe oculaire, qui cependant est bien recouvert par la paupière supérieure. Motilité normale ; pas de nystagmus. Iris bleu. L'enfant ne connait pas les couleurs. Elle présente de la *blépharite chronique*. — Le *nez* est gros et aplati. L'*odorat* semble ne pas exister (?). — La *bouche* est petite. Lèvres assez grosses. Langue grosse, mobile. Pas de malformations de la voûte palatine. — Amygdales peu développées. Goût normal ; l'enfant aime les choses sucrées. — Les maxillaires concordent exactement. Ils présentent un rétrécissement latéral assez prononcé. Les dents de lait ne sont pas encore complètement tombées. Les arcades dentaires étant insuffisamment développées, toutes les dents sont très-serrées et chevauchent les unes sur les autres. — Le *menton* est rond. — Les *oreilles*

ne présentent pas d'écoulement, le cérumen existe normalement. *Elles sont très-petites*, trés-écartées du crâne ; rabattues, repliées pour ainsi dire sur elles-mêmes. Pas de tubercule de Darwin. Légére mobilité du pavillon, Oreille droite: hauteur 4 cent., largeur 2 cent., hélix ourlé dans toute sa



Fig. 42.

longueur, haut surtout à sa partie supérieure, entre laquelle et la partie moyenne il y a même une légère dépression : cavité de l'hélix très-profonde et se prolongeant jusqu'à l'incisure de la conque ; anthélix assez saillant, à branche supérieure effacée ; fossette de l'anthélix large et plate ; conque petite, triangulaire et très-profonde ; conduit auditif externe

très-petit ; tragus très-petit ; antitragus légèrement renversé en dedans ; lobule mince, adhérent, à extrémité relevée. (*Fig.* 43). *Oreille gauche.* Elle ne différe de la droite que par la largeur, plus forte de 5 mil., et par l'hélix, ourlé largement et plus régulièrement (*Fig.* 44). L'audition des bruits, des sons



Fig. 43. — *Oreille mongolienne.*

musicaux et de la parole, est normale ; elle est la même des deux côtés. L'attention auditive est naturelle. Mémoire auditive à peu près nulle. Pas d'écholalie. Aucune aptitude musicale, mais l'enfant aime la musique et le chant.

Membres supérieurs suffisamment développés. *Mains* assez petites, rouges, rugueuses et froides. Doigts bien séparés,

un peu courts et boudinés. L'enfant met souvent les doigts à sa bouche, mais c'est une manie, il n'y a pas d'onychophagie. Le sens du toucher existe, l'enfant sait distinguer un objet poli d'un objet rugueux. *(Fig. 45)*.

Membres inférieurs normaux. *Pieds* très-froids. Les extrémités ont un aspect rouge et rugueux. Réflexe rotulien nor-



Fig. 44. — Oreille mongolienne.

mal. L'enfant marche bien, mais lentement. Elle ne court pas; monte et descend seule un escalier, mais en s'appuyant toujours à la rampe.

Thorax. — 58 cm. de circonférence au niveau du mamelon. Rien à signaler à la colonne vertébrale. L'enfant tousse et,

à l'examen de la poitrine, on entend des râles de bronchite généralisée ; la *respiration est très-rude au sommet gauche.* Bruits du cœur normaux.

Abdomen : 55 cm. de circonférence au niveau de l'ombilic. Pas de hernie. Rien de spécial à signaler.



Fig. 45. — Main idiote.

Organes génitaux et puberté. — Aisselles, thorax, glabres, pas de seins. Ventre, fesses, pénil, glabres ; grandes lèvres assez fortes, glabres ; petites lèvres, clitoris, hymen, normaux ; périnée, anus, bras et avant-bras, cuisses et jambes, glabres.

Examen fonctionnel. — L'enfant mange seule, se sert de

la cuiller et de la fourchette ; a peu d'appétit, ne se montre pas difficile. Mastication lente. Digestions bonnes, ni vomissements, ni rumination ; selles régulières, pas de diarrhée ; l'enfant est propre le jour, mais gâte toutes les nuits. — La *voix* est voilée ; Mai... pousse souvent de petits cris inarticulés. —La *sensibilité générale* est normale. —Le sommeil est très lourd, sans cris ni cauchemars.

Maït.. est incapable de se laver seule, mais elle se laisse laver facilement et ne craint pas l'eau ; elle est de même incapable de s'habiller seule, de se lacer, de se boutonner, mais elle s'y prête de bonne grâce. Elle ne pleure pas souvent, et jamais sans motif ; au contraire, elle sourit souvent. Elle ne crie pas, ne grince pas des dents, n'a pas de tics ; devient rouge quand on lui fait un reproche, mais n'est pas coléreuse, Elle est plutôt douce et craintive. Elle comprend toutes les questions qu'on lui pose et y répond, mais ne peut tenir une conversation. Elle est très affectueuse, aime beaucoup ses parents auxquels elle fait bon accueil à leur arrivée. En classe, elle se tient bien et est assez docile ; son attention est assez facile à fixer ; elle connait quelques lettres.

L'enfant porte des cicatrices de vaccin, 3 à droite, 2 à gauche. — Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. — Poids, 19 kgr. — Taille, 1m. 09cent. — La température, prise les 5 premiers jours de l'entrée, oscille entre 36°, 6 et 37°,4.

Traitement : sirop d'iodure de fer, hydrothérapie, gymnastique, école. En outre, l'enfant est soumise au *traitement thyroïdien* par la glande fraîche ; début le 20 mai ; 0 gr, 25 de glande tous les jours la 1re semaine, 0 gr, 50 la 2e., 0 gr, 75 la 3e ; 1 gr. la 4e.

Juin. — Sous l'influence du traitement, l'enfant, dont on prend le poids et la taille tous les 8 jours, a vu, dès la 1re semaine, son poids diminuer, et dès la 3e, sa taille augmenter. Sa température a trois fois atteint 38° et une fois 38°, 5 ; elle se plaignait à ce moment d'avoir mal à la tête. Ni diarrhée, ni vomissements, ni desquamation. Elle est très-altérée et demande continuellement à boire. — Elle est très-affectueuse, allant souvent auprès des infirmières pour se faire caresser. Elle est très-contente de la visite de ses parents, mais elle ne pleure pas en les quittant. Elle ne supporte pas très-bien ses petites compagnes, dont elle se plaint souvent. Lile a appris à s'habiller et se déshabiller presque seule. Mais elle a la manie de se déshabiller quand elle est dans la cour. *Elle s'assied souvent les jambes croisées à la façon des tailleurs*

La gymnastique l'intéresse, mais elle n'est pas très-agile dans ses mouvements. Elle s'est facilement acclimatée dans le service, dont elle connait bien toutes les habitudes. Elle reconnait sa place partout, et s'y rend directement. En classe, elle est attentive, connait maintenant très-bien ses lettres, et commence à faire des bâtons sur l'ardoise. Elle semble nettement susceptible d'amélioration.

20 *août*. — On cesse le traitement thyroïdien. Il a d'ailleurs été très irrégulier, faute de glande, depuis le 1er juillet (11 jours seulement répartis dans le courant de juillet, et 7 en août). A partir de la 2e quinzaine de juillet, le poids a non seulement cessé de diminuer, mais a même augmenté, aujourd'hui le poids est : 18 k. 900 et la taille de 1m 11. L'enfant a donc gagné 2 cent. en 3 mois. La température n'a dépassé qu'une fois 38° ; elle est à peu près toujours au-dessus de 37°.

26 *août*. — Revaccination sans succès.

3 *octobre*. — *Stomatite*, avec déchaussement des dents, gencives saignantes, haleine fétide, salivation exagérée ; pas de dysphagie, mais mastication presque impossible. — Gargarismes avec une solution de sublimé au 1/5000.

8 *octobre*. — Extraction, au maxillaire inférieur, de la canine de lait droite et de la petite incisive latérale de lait gauche.

1903. *Juin*. — L'enfant a passé tout l'hiver à l'infirmerie. Elle a beaucoup toussé et craché, sa température était parfois élevée ; elle mangeait peu et buvait beaucoup, surtout du lait ; *elle était toujours accroupie* (*Fig.* 46) ; elle ne se relevait que pour s'asseoir près de la cheminée, car elle aime beaucoup la chaleur. Vu son état maladif, on la maintient à l'infirmerie, bien qu'elle semble actuellement un peu mieux. D'elle-même, elle descend quand il fait beau et va chercher les rayons du soleil. Elle tousse moins, et mange assez bien, mais reste délicate. En raison de son état maladif, elle n'a pas été remise au traitement thyroïdien. Elle est toujours très douce, très affectueuse, mais aussi très indolente, ne faisant jamais un pas plus vite que l'autre. Elle s'habille et se déshabille seule. Au point de vue intellectuel, état stationnaire. Aucun progrès classique, l'enfant n'ayant pas fréquenté l'école. — La *radiographie*, faite le 13 juin, montre la persistance des cartilages épiphysaires.

Puberté et organes génitaux. aisselles glabres ; thorax, glabre à sa face antérieure, présentant un duvet à sa face postérieure ; pas de seins. Aisselles, ventre, fesses, pénil

glabres. Grandes lèvres pigmentées, la gauche plus épaisse; petites lèvres, très peu développées; clitoris très gros, recouvert par un capuchon extrêmement développé, qui fait une forte saillie hors des grandes lèvres; orifice de l'hymen très large admettant l'extrémité du petit doigt; colonne antérieure



Fig. 16. — Attitude en tailleur.

du vagin fortement saillante; périnée et anus glabres, très pigmentés.

Décembre. — Mait.., toujours chétive, n'a pas quitté l'infirmerie, mais elle reste levée, et dès qu'il fait un peu de soleil demande à descendre au jardin, d'où elle remonte d'elle-même sitôt qu'elle sent le froid. Elle a de temps en

temps des poussées de fièvre, et souvent de la diarrhée ; elle mange peu, mais digère bien. — Elle est toujours douce, et cherche à se rendre utile, en habillant les plus petites qu'elle, les faisant asseoir à table, etc. Au point de vue intellectuel, état stationnaire. Elle n'a pas fréquenté l'école, elle pleure quand on veut l'y envoyer. — Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer ; gymnastique, école dans la mesure du possible.

1904. 2 *mars*. — L'enfant se plaint énormément de la tête et elle a des vomissements très fréquents, d'abord alimentaires, puis verdâtres ; elle ne garde absolument rien. Température 37°,9 ; le soir, 40°,2.

3 *mars*. — Les vomissements ont été moins fréquents la nuit ; mais franchement verts. La céphalalgie a disparu. Mais l'enfant se plaint de souffrir du ventre. Les selles sont normales, plutôt abondantes comme elles le sont d'habitude. Les vomissements ont cessé. T. R. 38°,6. L'examen de l'abdomen est négatif : palpation et percussion, peu douloureuses, ne révélant ni empâtement ni matité ; pas de douleur à la décompression brusque.

L'enfant tousse un peu ; l'auscultation révèle des râles humides au sommet gauche. Le pouls est bon. — Cataplasmes émollients sur le ventre ; cataplasme sinapisé sur le poumon gauche ; glace, si les vomissements reparaissent. — Le soir, 40°,5.

4 *mars*. — L'enfant a dormi jusqu'à 4 h. du matin. A ce moment elle se plaint énormément du ventre, et les vomissements recommencent. Ils se répètent fréquemment, mais sont peu abondants, tantôt verts, tantôt et plus souvent noirâtres. Plusieurs selles, matières vertes et noires. T. R. 37°,7 La soif est vive. Il y a de la douleur vive du ventre à la palpation Les selles du matin, mélangées de vert et de noir, sont peu à peu remplacées par d'autres, très fréquentes aussi, mais formées seulement de quelques glaires. Les vomissements cessent, mais la soif reste vive. L'enfant est très abattue, et sa physionomie exprime la souffrance. Son visage dont, à l'ordinaire, les *pommettes* et le *menton sont très rouges*, est pâle et violacé ; les lèvres sont cyanosées. Mais la respiration est normale, et l'enfant parle bien. La température atteignant vers le soir 40°,4, bain à 32°, elle tombe à 39° 5. — A 8 h. du soir, l'enfant meurt brusquement, sans cris ni râles, sans secousses.

Température après la mort	....	37°,3
1/4 d'heure après	....	37°
1/2 heure après	....	36°,7
2 heures —	....	30°
4 — —	....	25°
5 — —	....	20°
6 — —	....	18°
8 — —	....	15°

T. de la chambre : 15°

Poids après décès : 18 kgs.

Mesures de la tête.

	1902		1903		1904
	Mai	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonférence horizontale maxima	47	47	47	46.5	46.5
Demi-circonférence bi-auriculaire	33	33	33	31	31
Dist. de l'art. occip.-alt. à la racine du nez.	35	35	35	33.5	33.5
Diamètre antéro-postérieur maximum	15.8	15.8	15.8	16	16
— bi-auriculaire	10	10	10	10.2	10.2
— bi-pariétal	12.6	12.6	12.6	12.5	12.5
— bi-temporal	10.2	10.2	10.3	10.5	10.5
Hauteur médiane du front	6	6	6	6	6

Tableau du poids et de la taille.

	1902		1903		1904
	Mai.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids	18	19	19	19	19.5
Taille	1.09	1.09	1.11	1.11	1.11
Dynamomètre.. D	8	8	8	8	8
Dynamomètre.. G	5	8	7	7	7

L'enfant n'a plus grandi à la suite de la suppression de la glande thyroïde. Sa taille, à sa mort, était de 1 m. 11, c'est-à-dire 26 centimètres et demi au-dessous de la taille moyenne à son âge (12 ans 1/2).

Autopsie, faite le 6 mars 1904 à 10 heures du matin, soit 38 heures après décès. *Cou.* — Persistance du thymus (15 gr.). Rien de particulier au corps thyroïde (7 gr..) — *Thorax*. Adhérences très résistantes de la plèvre gauche avec la paroi thoracique et le diaphragme. Très peu d'adhérences de la plèvre droite. *Poumon gauche* beaucoup plus petit que le droit, sclérosé et présentant dans sa partie supérieure des *tubercules* disséminés. — *Poumon droit* volumineux, fortement congestionné surtout à sa base; pas de tubercules. Dans la cavité péricardique, un peu de liquide clair. *Cœur* : pas de persistance du trou de Botal; pas de lésions des orifices auriculo-ventriculaires ni de l'orifice pulmonaire; valves de l'orifice aortique épaisses, de consistance cartilagineuse, et présentant à leur surface externe de *petites végétations miliaires* de couleur feuille-morte. — Ganglions médiastinaux et péribronchiques volumineux.

Abdomen. — Aucune lésion de l'estomac. Rien dans l'intestin grêle ni le gros intestin; rien non plus du côté de *l'appendice, qui est très-long.* — *Foie* légèrement congestionné, pas dur. Rien de particulier à la rate, qui est un peu diffluente, ni au pancréas. *Reins* congestionnés, se décortiquant facilement, présentant par places de nombreuses étoiles vasculaires à leur surface; en outre, sur le rein droit, des suffusions sanguines et, à la coupe, des traces d'infarctus. *Capsules surrénales* volumineuses. Rien du côté des organes génitaux ni de la vessie. Nombreux ganglions mésentériques. Grand épiploon épais, volumineux, adhérent aux anses intestinales, mais ne présentant pas de tubercules Dans le petit bassin, épanchement purulent (une cuillerée environ).

TÊTE. — *Cuir chevelu*, maigre, pâle. — *Calotte cranienne* mince, un peu trigonocéphale; persistance complète des sutures y compris la *suture métopique*, nombreuses plaques transparentes, os épactal très large. Apophyse crista-galli toute petite, triangulaire. — Très peu de liquide céphalo-rachidien. Un peu de sang fluide dans les sinus de la dure-mère. *Vascularisation assez fine de la pie-mère* sur toute la surface des hémisphères, ainsi que sur le cervelet. Pas de granulations miliaires.

Glande pituitaire à peu près normale, un peu pâle. Nerfs et artères de la base de l'encéphale, symétriques. Légère adhérence du tiers postérieur de la face interne des lobes frontaux. *Plexus choroïdes* rien de particulier, non plus que le *bulbe* et la *protubérance*.

Hémisphère droit. — Pie-mère peut-être un peu épaissie, se détachant en général facilement; mais il y a des adhérences au niveau du pli pariétal inférieur, du pli courbe, de T^1 et de T^2; quelques petites adhérences sur la circonvolution de l'hippocampe et la première frontale; sur la face interne, le lobe frontal est absolument intact. — *Corps calleux, corps strié, couche optique* et *corne d'Ammon*, n'offrant rien de particulier. — Les circonvolutions frontales, et les circonvolutions en arrière de P A sont un peu grêles. La frontale et la pariétale ascendantes sont assez développées, ainsi que le lobe temporal en entier. Les sillons sont peu profonds *(Fig. 47 et 48)*.

Hémisphère gauche: conservé pour l'examen histologique. (Voir plus loin).

Poids des organes.

Encéphale	990 grs.
Hémisphère cérébral droit	440
— — gauche	445
Cerveau	885
Hémisphère cérébelleux droit	52
— — gauche	52
Bulbe et protubérance	10
Cervelet et isthme	115
Moelle épinière	30
Corps thyroïde	7
Thymus	15
Cœur	85
Poumon droit	245
— gauche	120
Foie	680
Rate	86
Capsule surrénale droite	5
— — gauche	8
Rein droit	50
— gauche	50
Pancréas	50

RÉFLEXIONS. — I. L'hérédité est peu chargée. Rien du *côté paternel* sauf que le père a une *taille exiguë*. — Du *côté maternel :* quelques *excès de boisson* du grand père; une grand'tante morte *aliénée* quelques jours après un accouchement gémellaire, un oncle mort d'*hémorrhagie cérébrale*, une arrière-petite cousine *faible d'esprit*. De ce même côté maternel, deux cas de *gémellarité* : la grand-tante aliénée et une





tante. Dans les deux familles, d'ailleurs, aucun autre exemple de type mongolien.

II. Mais il importe de signaler plusieurs particularités, très fréquemment notées chez les mongoliens. Tout d'abord, la malade est née de parents déjà un peu âgés (la mère avait 42 ans, le père 49), et ayant entre eux une assez grande différence d'âge (7 ans). De plus, elle était la dernière d'une famille (9 enfants). A signaler également un autre fait des plus fréquents, à savoir la *tuberculose* familiale : un frère est mort *tuberculeux*, c'est également à la *tuberculose* qu'a succombé la malade. Notons d'autre part le très-vif ennui de la mère de se trouver enceinte.

III. L'évolution de l'enfant, aux points de vue physique et intellectuel, a été lente et retardataire en tous points (dentition, marche, propreté, parole), et cela, pourrait-on dire, dès la vie *intra-utérine*, les premiers mouvements *fœtaux* n'ayant été perçus par la mère que vers 6 mois. La parole surtout a progressé très lentement, elle a toujours été imparfaite.

La grande douceur du caractère, le calme, le développement des sentiments affectifs, le goût pour la musique (sans aptitude musicale d'ailleurs), tous caractères signalés par l'un de nous, chez la plupart des mongoliens, ont été notés dès le plus jeune âge. Comme eux, elle rentrait dans la classe des imbéciles.

Elle présentait la plupart des caractères physiques du type mongolien : rougeur des pommettes, du nez et du menton, yeux petits, en amande, avec très léger strabisme, blépharite chronique dès la naissance, nez aplati, grosse langue, rétrécissement transversal des maxillaires, oreilles très petites et très écartées du crâne, avec légère mobilité du pavillon, extrémités froides, habitude de s'accroupir à la façon des tailleurs,

accidents scrofuleux divers; enfin, comme la plupart des mongoliens, elle était atteinte de tuberculose pulmonaire.

IV. Le *traitement thyroïdien* par la glande fraiche et le traitement médico-pédagogique, aussitôt institués, ont amené rapidement un accroissement de la taille (2 cent. en 3 mois) et une amélioration nette au point de vue intellectuel. Les accidents pulmonaires et péritonéaux nous ont empêché de reprendre le traitement thyroïdien.

V. A signaler à l'*autopsie* : la persistance du thymus, si fréquente chez les enfants anormaux, la tuberculose du poumon et des ganglions trachéo-bronchiques, la péritonite purulente; du côté du crâne et du cerveau : la persistance des sutures, y compris la *suture métopique*, la présence de l'os épactal, la vascularisation de la pie-mère sur les hémisphères et le cervelet, mais sans granulations tuberculeuses; sur l'hémisphère droit (le gauche a été réservé pour l'examen histologique), des àdhérences de la pie-mère surtout au niveau du pli pariétal inférieur, du pli courbe, de T^1 et de T^2, et un peu sur la première frontale; la gracilité des circonvolutions frontales; le peu de profondeur des sillons; en somme, de la méningo-encéphalite, prédominant sur les lobes temporal et pariétal.

Si l'enfant, par certains caractères, voix enrouée, froideur des extrémités, lenteur des mouvements, goût prononcé pour la chaleur, se rapprochait des myxœdémateuses, elle s'en distinguait nettement par sa physionomie, par ses habitudes, par son caractère, par l'absence de pseudo-lipomes, d'obésité, de déformations rachitiques, de hernies, par l'existence chez elle de la glande thyroïde, absente chez les myxœdé-

mateux, et aussi par son amélioration plus facile par le traitement médico-pédagogique en dehors d'un traitement thyroïdien sérieux.

*
* *

MM. Philippe et Oberthur ont bien voulu nous remettre déjà deux notes sur l'examen histologique du cerveau et de ses enveloppes dans quatre autres cas d'idiotie mongolienne. (*Compte rendu* de 1901, p. 148 et de 1902, p. 19). M. Oberthur a fait l'examen histologique du cerveau de la malade Mait.. dont nous venons de rapporter l'histoire. Il y a joint celui de deux autres malades, Van den Cast... et Breg.. De plus, en raison de l'arrêt de la croissance, d'une sorte d'état semi-cachectique des Mongoliens, nous avons demandé à M. Oberthur de bien vouloir examiner la *glande thyroïde* des deux derniers malades. C'était une excellente idée, ainsi qu'on le verra en lisant la très intéressante note de M. Oberthur. Les lésions histologiques qu'il a constatées justifient, comme nous l'avons déjà dit, l'application du traitement thyroïdien (1).

*
* *

Examen histologique de trois cerveaux d'idiots du type Mongolien et du corps thyroïde de deux de ces malades ;

PAR LE Dr OBERTHUR.

(Les cerveaux examinés sont ceux de Maitr., Van de Cast... avec leur corps thyroïde et de Brég..). Nous commençons par le cas de MAIT..

Cerveau.

Les coupes ont été pratiquées sur de nombreux fragments prélevés, dans toutes les régions importantes de

(1) Nous publierons plus tard les observations de Van de Cast... et de Brég...

l'écorce du *cerveau*. Fixation à l'alcool et au liquide de Müller, inclusion à la celloïdine, coloration par la méthode de Nissl, de Weigert-Pal, le carmin et le Van Giesen, l'hématoxiline-éosine.

Sur toutes les coupes, à tous les niveaux, on constate que les circonvolutions présentent un épaississement notable, sans infiltration de la couche sous-pie-mérienne, une diminution du reste de la circonvolution portant aussi bien sur le centre ovale que sur la substance grise. Bien que la substance blanche soit riche en vaisseaux, un peu tassée et renferme de nombreux noyaux névrogliques, on ne peut cependant pas dire qu'il s'agisse de *sclérose atrophique* au sens habituel du mot.

Nous insisterons également sur l'existence d'une *méningite* assez particulière. La *pie-mère* est légèrement épaissie et riche en noyaux conjonctifs dans la portion en rapport avec la surface libre des *circonvolutions*, mais elle n'est nullement adhérente. Au contraire, dans l'intérieur des scissures, et, principalement à l'*entrée de celles-ci*, on voit la pie mère se souder intimement à la couche nerveuse sous-jacente, en envoyant des prolongements conjonctifs fins, qui, sous forme de pinceaux, viennent se mettre en rapport avec de nombreuses fibrilles névrogliques hypertrophiées. Il n'est pas rare d'observer en ces points d'intéressantes modifications de la zone sous-pie-mérienne, lesquelles consistent en la formation d'élevures ou bien d'ulcérations, de ramollissement, qui sont le premier stade d'un état très fréquent dans les méningo-encéphalites plus grossières, et que l'on pourrait appeler très justement une *méningite ulcéreuse* ou *dissécante*. La topographie de l'adhérence méningée est doc icin sensiblement le contraire de ce que l'on a coutume de décrire dans la paralysie générale, où, l'adhérence méningée est à son maximum sur la face libre des circonvolutions.

Les modifications cellulaires sont identiques comme nature à tous les niveaux, avec maximum cependant au niveau du pli courbe, des circonvolutions frontales et pariétales supérieures, du lobule paracentral. Elles sont

au contraire un peu moins accentuées vers les circonvolutions frontales inférieures, temporales et occipitales.

AGENCEMENT DES COUCHES CELLULAIRES. Celles-ci, dans leur ensemble, sont moins épaisses que normalement. En certains points il se produit un véritable tassement, qui à première vue ferait croire à une quantité normale d'éléments. En réalité, le nombre de ceux-ci est très diminué et cette raréfaction est surtout appréciable pour les cellules pyramidales, grandes, moyennes et petites. La disposition des colonnes cellulaires est assez régulière.

La caractéristique est avant tout qu'un grand nombre de cellules nerveuses se rencontrent éparses et à *une très grande distance* dans l'intérieur du *centre ovale* de la circonvolution.

ALTÉRATIONS HISTOLOGIQUES DE LA CELLULE NERVEUSE. — On ne trouve pour ainsi dire pas une cellule normale.

La plupart des lésions sont d'ordre subaigu et chronique. Quelques éléménts sont hypertrophiés et globuleux et renferment de nombreuses vacuoles. De ci, de là, on rencontre une cellule à noyau bilobé ou à deux noyaux, mais de tous les types lésionnels, le plus fréquent est le suivant: cellulle atrophiée, pouvant aller jusqu'à la sclérose cellulaire compléte avec *calcification*, état chromophile, état poussiéreux, des éléments chromatophiles, homogénéisation, sur coloration du noyau, plissement de sa membrane nucléaire, disparition du nucléole. Souvent aussi on voit le corps cellulaire se désagréger (*désintégration moléculaire*), le noyau restant coloré et bien individualisé.

L'aspect de la régression neuroblastique est aussi très fréquent. Les éléments nerveux sont enveloppés de cellules névrogliques nombreuses et de toute dimension (neuronophagie). Les grandes cellules pyramidales, étudiées surtout au niveau du lobule paracentral et du cuneus montrent encore plus nettement les types lésionnels dont nons venons de parler. Certains points de la région en sont pour ainsi dire lavés, formant ainsi une zone claire

appréciable avec un faible grossissement. Ailleurs leur nombre est presque normal.

Les grandes pyramidales, bien que peu abondantes et peu riches en prolongements protoplasmiques, sont généralement de bonne dimension. Leur noyau est clair, bien central, leur nucléole limité ; la substance tigroïde est très visible, non chromatolysée, moins abondante seulement que chez les sujets sains. Nulle part il n'y a d'atrophie pigmentaire

Les *fibres à myéline* sont grêles. Les trousseaux de fibres radiaires, de même que les divers réseaux d'association sous ou intra-corticaux, sont très visibles mais assez clairsemés. Le réseau d'Exner lui-même est très nettement visible bien que peu fourni.

Les vaisseaux, assez nombreux dans la substance blanche, montrent une sclérose périvasculaire légère, et la prolifération des noyaux névrogliques dans leur voisinage est manifeste.

II. VAN DE CAST. — La technique employée a été la même que pour le cas précédent.

Cerveau.

Les lésions encéphaliques sont exactement superposables à celles rencontrées chez Mait... A peine trouve-t-on quelques différences d'intensité. La *méningite* est identique comme localisation et comme lésions ; même piemérite avec *symphyses locales* et *ulcérations* sous-jacentes. Ici cependant les lésions sont *plus accusées*, surtout au niveau du pli courbe et du lobule paracentral, les adhérences sont plus intimes et la pénétration plus profonde.

Les altérations des *cellules pyramidales* de l'écorce sont par contre moindres. A côté de nombreuses cellules en voie d'atrophie ou d'homogénéisation, on renconte quelques cellules à noyau clair, arrondi avec un nucléole central et réfringent, et quelques éléments chromatophiles encore visibles.

Comme dans le cas précédent, il y a raréfaction des

éléments et l'on peut voir un grand nombre de cellules polymorphes en plein centre ovale. Somme toute, les modifications histologiques des *cellules nerveuses* semblent calquées sur le cas précédent.

Ce qui a été dit pour les *réseaux myéliniques* du cas «Mait.. » peut également s'appliquer point par point à celui-ci.

Les *noyaux névrogliques* sont abondants tant autour des cellules nerveuses que dans le centre ovale, dont l'atrophie scléreuse est encore plus accusée que précédemment.

Ici, nous trouvons le paroi des *vaisseaux* moins saine, souvent nettement sclérosée et cette sclérose s'étend en îlot autour des vaisseaux (1).

Corps thyroïde.

A première vue, la constitution générale de cette glande semble respectée. Toutefois, si l'on prête un peu d'attention, on ne tarde pas à s'apercevoir que, si les vésicules ne sont pas altérées histologiquement, si leur contenu colloïde et cellulaire est conforme au type normal, le nombre de vésicules grandes et moyennes est très inférieur à ce que l'on rencontre d'habitude, les lobules sont beaucoup moins étendus. Mais, il y a d'autres caractéristiques plus importantes : nous les trouvons dans le tissu interstitiel. Les *travées sont hypertrophiées*, les vaisseaux sont sclérosés, épaissis ; de ci, de là, on rencontre quelques *hemorrhagies interstitielles*, un peu de pigment, une certaine infiltration de graisse. La *capsule* est également *très hypertrophiée*.

En somme, il y a des modifications du tissu thyroïdien qui, bien que légères, sont suffisantes pour affirmer un état pathologique.

III. BRÉG... — (Mêmes techniques que pour les deux cas précédents.

(1) L'accentuation des lésions peut être due à l'âge : Mait.. avait 12 ans et demie, Van den Casti.., 20 ans.

Cerveau.

Les lésions de ce cas s'éloignent un peu de celles des deux cas précédemment décrits. Sans doute, il y a de nombreuses analogies, mais ici les phénomènes sont surtout d'ordre agénésique ou dysgénésique. On ne peut dire ici qu'il s'agisse de phénomènes de méningo-encéphalite au sens habituel du mot.

La réaction méningée est extrêmement légère. Nulle part on ne peut constater d'adhérences, d'ulcérations de la couche sous-pie-mèrienne ; à peine peut-on dire qu'il y a un léger épaississement de la pie-mère.

Du côté des *cellules nerveuses* de l'écorce, ce qui frappe, à première vue, c'est l'extrême pauvreté des couches. Leur épaisseur est normale ; en aucun point les cellules n'envahissent la substance blanche, mais elles sont très éloignées les unes des autres et ceci dans tous les points de l'écorce.

Leurs dimensions et leurs réactions colorantes sont pour la plupart de ces éléments. très voisines de la normale ; pas d'hyperchromie, ni d'état chromophile. Très peu sont atrophiées ou en voie d'homogénéisation ou en train de subir la transformation scléreuse. Il n'en existe pas moins un certain degré de neuronophagie et la désiatégration moléculaire avec *Zellschwund* est loin d'être une exception.

Dans *aucune* de ces cellules, il n'a été possible de rencontrer un noyau clair, ni une apparence normale des éléments chromatophiles.

Quelques-unes sont très vacuolaires, évoluent vers la *Zellschwünd*, mais la plupart répondent au type de l'atrophie avec chromatolyse et homogénéisation du noyau. La plupart d'entre elles ont perdu tous leurs prolongements protoplasmiques.

FIBRES À MYÉLINE. Celles-ci, comme nous l'avions déjà trouvé dans des examens antérieurs, présentent des phénomènes dystrophiques manifestes (1) ; la gaine de myé-

(1) Voir *les Comptes-rendus* de Bicêtre pour 1901 et 1902.

line est inégale, partout très mince, *fibres excessivement fines*. Mais les phénomènes dysgénétiques ne sont pas tout, il existe une disparition par places, en aires, au prorata de la disparition cellulaire, des fibres à myéline. Les fibres radiaires sont, somme toute, assez bien fournies, mais les réseaux d'association intra-corticaux, les fibres tangentielles ont infiniment plus souffert, et cette raréfaction est plus sensible pour les couches profondes de l'écorce que pour le réseau d'Exner.

VAISSEAUX, NÉVROGLIE. — Pas de lésions typiques des *parois vasculaires* ; celles-ci sont plutôt minces, d'aspect hyalin, sans infiltration ; il y a une prolifération apparente dans le centre ovale des circonvolutions. Cet aspect est dû surtout au tassement de la substance nerveuse. Les *éléments névrogliques*, sauf au voisinage immédiat des méninges, ne sont nullement hypertrophiés, pas de cellules névrogliques géantes, comme dans certaines encéphalopathies scléreuses. Il existe simplement une prolifération moyenne des noyaux névrogliques.

Corps thyroïde.

Le *corps thyroïde* est *extrêmement altéré dans tous ses éléments*. La *substance colloïde* dans presque toutes les vésicules est presque complètement remplacée par des éléments cellulaires, provenant de l'épithélium glandulaire ; la vésicule en est complètement obstruée. Les *travées* sont extrêmement épaissies, infiltrées d'éléments conjonctifs jeunes ; quelques points présentent de nombreuses vésicules adipeuses. La *capsule* est aussi extrêmement épaissie. En somme il y a une *thyroïdite scléreuse* très intense (1).

---

(1) Aux *Indications bibliographiques* que nous avons données, à la fin de nos précédents travaux, nous ajouterons la suivante : Fennell (C.-H.). *Mongolian Imbecility*, avec discussion à laquelle ont pris part Fletcher Beach, Andriersen, Morrison, Robert Jones, Mott. (*Journ. of. mental Science*, Jan. 1904, p. 32).

§ VI. — Nanisme myxœdémateux infantile ;

Par BOURNEVILLE.

La description que nous avons tracée tant de fois déjà du myxœdème infantile est trop connue pour que nous la donnions de nouveau dans ce travail que nous avons hâte de terminer. Nous ne rappellerons pas non plus tous les cas de myxœdème infantile traités dans notre service ou à notre consultation par la glande thyroïde. Nous nous bornerons à résumer, à titre de spécimen, le traitement d'une malade dont l'observation complète sera publiée ultérieurement.

OBS. LVIII. — IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE INFANTILE.

Harb... (Blanche), née à Paris le 18 octobre 1897, est entrée à la Fondation Vallée le 2 mai 1902.

SOMMAIRE. — *Père et grand-père maternel, excès de boisson. — Oncle paternel mort tuberculeux. — Grand'tante paternelle aliénée. — Mère morte tuberculeuse. — Grand'mère maternelle morte d'un cancer utérin. — Sœur arriérée ; autre sœur morte de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans* (Père plus âgé).

Conception dans l'ivresse. — Renseignements insuffisants sur la grossesse. — Croup, rougeole, coqueluche, de 2 ans 1/2 à 5 ans. — Jamais de convulsions. — Marche, propreté, parole, nulles à l'entrée. — Signes classiques du MYXŒDÈME INFANTILE (Fig. 47, 48 et 49).

Traitement thyroïdien (1902-1904) : *amélioration considérable.*

H..., 4 ans 1/2, mesure 74 cent., soit 20 cent. 4 *au-dessous* de la taille moyenne à son âge. Elle pèse 11 kil. 700, soit 2 kil. 740 *au-dessous* du poids moyen à son âge.

1902. *Premier traitement* du 12 mai au 31 août 1902.

Glande thyroïde fraîche du mouton : 0 gr. 25 tous les 2 jours jusqu'au 31 mai, puis tous les jours jusqu'au 1er juillet. De là au 31 août, la glande n'a été donnée que 28 fois, faute d'approvisionnement.

	Au début	A la fin
Poids...........	11 k. 700	12 k. 500
Taille...........	0 m. 74	0 m. 79

L'enfant a gagné *cinq centimètres.*

tante. Dans les deux familles, d'ailleurs, aucun autre exemple de type mongolien.

II. Mais il importe de signaler plusieurs particularités, très fréquemment notées chez les mongoliens. Tout d'abord, la malade est née de parents déjà un peu âgés (la mère avait 42 ans, le père 49), et ayant entre eux une assez grande différence d'âge (7 ans). De plus, elle était la dernière d'une famille (9 enfants). A signaler également un autre fait des plus fréquents, à savoir la *tuberculose* familiale : un frère est mort *tuberculeux*, c'est également à la *tuberculose* qu'a succombé la malade. Notons d'autre part le très-vif ennui de la mère de se trouver enceinte.

III. L'évolution de l'enfant, aux points de vue physique et intellectuel, a été lente et retardataire en tous points (dentition, marche, propreté, parole), et cela, pourrait-on dire, dès la vie *intra-utérine*, les premiers mouvements *fœtaux* n'ayant été perçus par la mère que vers 6 mois. La parole surtout a progressé très lentement, elle a toujours été imparfaite.

La grande douceur du caractère, le calme, le développement des sentiments affectifs, le goût pour la musique (sans aptitude musicale d'ailleurs), tous caractères signalés par l'un de nous, chez la plupart des mongoliens, ont été notés dès le plus jeune âge. Comme eux, elle rentrait dans la classe des imbéciles.

Elle présentait la plupart des caractères physiques du type mongolien : rougeur des pommettes, du nez et du menton, yeux petits, en amande, avec très léger strabisme, blépharite chronique dès la naissance, nez aplati, grosse langue, rétrécissement transversal des maxillaires, oreilles très petites et très écartées du crâne, avec légère mobilité du pavillon, extrémités froides, habitude de s'accroupir à la façon des tailleurs,

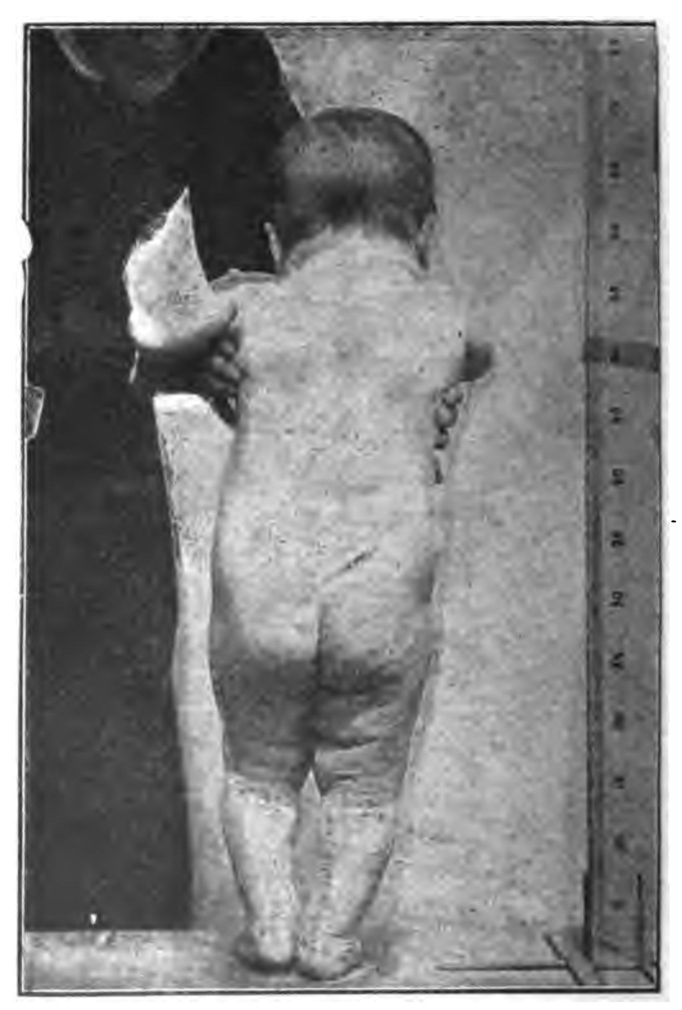


Fig. 48 — Harb..., à 4 ans 1/2 (mai 1902).

janv., puis 0 gr. 75, 1 gr. jusqu'au 10 février. Alors élévation de la T. R. à 40°5 : suspension jusqu'au 19 fév. La glande



Fig. 19.

est reprise : 0 gr. 25, 0 gr. 50, 0 gr. 75, un gramme jusqu'au 20 mars, 1 gr. 25 jusqu'au 31 mars.

	Au début	A la fin
Poids	16 k.	14 k.
Taille	0 m. 80	0 m. 835

L'enfant a donc gagné 3 cent. et demi.

Troisième traitement du 1er juin au 30 août.

0 gr. 25	du	1er juin	au 9 juin
0 gr. 50	du	10 »	au 17 »
0 gr. 75	du	18 »	au 25 »
1 gr.	du	26 »	au 30 août.

avec 25 suspensions motivées par une élévation de température au-dessus de 38° survenant à certains jours.

	Au début	A la fin
Poids	16 k.	15 k.
Taille	0 m. 835	0 m. 855

La taille s'est accrue de *deux centimètres*.

Quatrième traitement du 10 octobre 1903 au 12 janvier 1904.

0 gr. 25	jusqu'au	18 octobre
0 gr. 50	—	27 —
0 gr. 75	—	3 novembre
1 gr.	—	26 —
1 gr. 25	—	12 janvier 1904

	Au début	A la fin
Poids	15 k.	17 kg. 500
Taille	0 m. 86	0 m. 89

La taille s'est élevée de *trois centimètres*.

1904. *Cinquième traitement* du 3 mars au 31 mai 1904.

0 gr. 50	jusqu'au	9 mars
0 gr. 75	—	25 —
1 gr.	—	24 avril
1 gr. 25	—	31 mai

	Au début	A la fin
Poids	18 k.	18 k. 500
Taille	0 m. 89	0 m. 92

La taille s'est élevée de *trois centimètres*.

Avant le traitement, la taille de l'enfant était de VINGT CENTIMÈTRES 4 en moins de la taille moyenne à son âge (6 ans et demi). De 4 à 5 ans (1902), elle a gagné cinq

centimètres, c'est-à-dire que sa croissance a été celle de cet âge (0 m. 05).

De 5 à 6 ans (1903), elle a gagné *huit centimètres*. Sa



Fig. 50. — Idiots diplégiques.

croissance a été plus forte que la croissance normale, qui est de 5 cent. 7.

De 6 à 7 ans et demi, *cinq premiers mois de* 1904, elle a gagné *trois centimètres*, tandis que l'accroissement nor-

mal pour le même laps de temps n'est que de 23 millimètres.

En résumé, Har. n'est plus au-dessous de la taille moyenne à son âge (6 ans 1/2) que de TREIZE CENTIMÈTRES 9, tandis qu'avant le traitement, comme nous l'avons dit, elle était de VINGT CENTIMÈTRES 4. Quant au *poids*, il est de 18 kilogr. 500 (fin mai) dépassant *d'un kilogr*. 250 le poids moyen à son âge.

§ VII. Nanisme diplégique.

Il est un groupe de nains que nous ne ferons que mentionner, car nous ne les avons pas encore soumis au traitement thyroïdien. Il s'agit d'enfants atteints d'*idiotie* compliquée de *diplégie*. Les deux frères Lecl., dont nous avons publié l'observation avec notre interne, M. le Dr Crouzon, dans le *Progrès médical* (1901, p. 273) et dans le *Compte-rendu* de Bicêtre de 1902 (p. 232), sont deux beaux exemples de cette forme de *nanisme*.

Lecl...(René), à 14 ans, mesurait *un mètre*, soit *quarante-sept centimètres* en moins de la taille à son âge (d'après Quetelet). Lecl... (André), à 16 ans, avait *cinquante-deux centimètres* au-dessous de la taille moyenne à son âge (Fig. 43.)

Voici un tableau qui ne laisse aucun doute sur la réalité du nanisme chez des *idiots diplégiques*.

Nains diplégiques.

Noms	Age	Taille		Différence
		RÉELLE	MOYENNE	
Noët	20 ans	1 m. 40	1 m. 67	27 cent
Chesne	19 ans	1 m. 40	1 m. 65,5	25.5
Link	17 ans	1 m. 37	1 m. 59	22 cent.
Daude	11 1/2	1 m. 17	1 m. 38	21 cent.
Niedelsp	14 ans	1 m. 28	1 m. 47	19 cent.
Busc	14 ans	1 m. 29	1 m. 47	18 cent.

Bien des particularités d'un réel intérêt seraient à relever dans les observations qui précèdent. Nous nous bornerons à celles qui concernent le *traitement.*

Traitement thyroïdien.

Indications générales. — La constatation que l'*idiotie myxœdémateuse infantile* reconnaissait *pour cause* L'ABSENCE DE LA GLANDE THYROÏDE (1) et peu après la découverte de l'*opothérapie* ont conduit à employer la glande thyroïde dans les cas de myxœdème infantile. L'expérimentation a pleinement réussi : la nutrition générale a été transformée, l'intelligence s'est éveillée, la croissance, arrêtée, s'est accrue, a repris sa marche physiologique ; l'adipose, exagérée, s'est considérablement atténuée ou a disparu. De là est venue naturellement l'idée — que nous avons largement propagée — de recourir au TRAITEMENT THYROÏDIEN dans le cas où il y avait un *arrêt de développement* ou du NANISME, ou encore une *adipose considérable* ou de l'OBÉSITÉ. Le succès a justifié l'entreprise, ainsi que le prouvent les nombreuses observations que nous avons rapportées et auxquelles nous aurions pu en ajouter beaucoup d'autres.

Dans les formes de *nanisme*, le nanisme myxœdémateux mis de côté où l'indication est formelle, dont nous avons parlé, y a-t-il des lésions de la glande thyroïde ? Cela est possible, vraisemblable même. En tout cas, cela paraît vrai pour le *nanisme mongolien*. Le lymphatisme, l'aspect demi-cachectique, l'exiguïté de la taille de ces malades, nous ont inspiré l'idée de faire pratiquer l'examen histologique de leur glande thyroïde. Cet examen a été tout à fait démonstratif : chez eux, la glande thyroïde est le siège de lésions parfaitement caractérisées. Dès que l'occasion nous en sera fournie, nous ferons faire les mêmes recherches sur la glande thyroïde de

(1) Voir, dans le t. XIV, p. 125, 1903, des *Arch. de neurologie*, la *Bibliographie* de nos publications sur le myxœdème infantile. Cette bibliographie figure aussi dans le *Compte-rendu* de Bicêtre pour 1902, p. 131. Les *Comptes-rendus* de Bicêtre contiennent un certain nombre d'observations des autres formes de nanisme. Signalons, entre autres, le cas de Rich.., atteint de *nanisme* et d'*obésité* (1895, p. 126 et 1903), etc.

nos malades atteints de *nanisme polysarcique*, de *nanisme simple* et d'*obésité* sans défaut de croissance

Modes de préparation et d'administration. — Nous avons eu recours surtout à la *glande thyroïde fraîche du mouton* hachée menu et mêlée soit à du bouillon, soit à un peu de confitures. En été, nous conservons la glande, qui s'altère facilement, dans un flacon bien bouché, contenant une couche d'acide borique cristallisé ou de sel marin.

Les *doses* ont varié de 0 gr. 25 à 1 gr. 75. Nous augmentons la dose de 25 centigr. par périodes plus ou moins longues, selon l'âge des malades, les diminuant si l'enfant avait au-dessus de 10 ans, les allongeant pour les plus jeunes. D'autres fois, surtout en ville, nous avons prescrit la glande thyroïde en *capsules*, en *sphérulines*, en *tablettes* (1).

Nous avons l'habitude de donner la glande pendant trois mois, de suspendre pendant 2 ou 3 mois et de recommencer.

Pour éviter des accidents, nous surveillons le *pouls* et nous prenons régulièrement la *température rectale* matin et soir, et, dès qu'elle dépasse 38°, nous supprimons le médicament qui est repris quelques jours après. Mieux vaut avoir des résultats plus lents, moins brillants, que d'avoir des accidents.

Pour nous assurer des résultats, nous notons le *poids* et la *taille*, et nous faisons *photographier* de temps en temps les malades. En cas d'amaigrissement trop rapide, nous arrêtons le traitement (2). C'est grâce à ces précautions que nous n'avons jamais eu à enregistrer d'accidents. Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à procéder de même.

---

(1) Depuis quelque temps l'Administration faisant fabriquer des capsules de glande thyroïde, nous les prescrivons quand l'approvisionnement de glande fraîche manque ou est insuffisant. Nous ne saurions trop fortement conseiller aux médecins qui prescrivent la *glande thyroïde fraîche* de bien s'assurer que les bouchers ne fournissent pas, à sa place, des ganglions ou des glandes salivaires. Les *capsules* des hôpitaux contiennent dix centigr. de *glande thyroïde fraîche*, qui est ensuite desséchée à une température de 40° à 50°, après mélange intime avec de la poudre de charbon végétal.

(2) Par suite de l'amaigrissement, les parents s'inquiètent quelquefois et on est obligé de suspendre.

Avant la découverte de la *radiographie*, nous ne nous expliquions pas pourquoi, chez certains malades, la taille restait stationnaire. Depuis, nous nous en sommes rendu compte en constatant que les cartilages épiphysaires étaient soudés, même chez des jeunes malades, dont l'âge n'aurait pu le faire soupçonner. Aussi, maintenant, avant d'instituer un traitement inutile, faisons-nous radiographier les genoux des enfants (1). Lorsque, après des traitements fructueux, nous voyons le dernier traitement ne plus agir, nous faisons radiographier de nouveau le sujet, l'ossification des cartilages nous en fournit l'explication.

Résumé des effets thérapeutiques dans deux des catégories de nains. — Les *myxœdémateux infantiles* sont ceux qui bénéficient le plus et toujours du *traitement thyroïdien*. La *nutrition* — et nous avons été l'un des premiers, sinon le premier, à relever ce point — est profondément améliorée, tous les organes, toutes les *fonctions* en bénéficient : l'intelligence s'éveille, le *système musculaire*, le *système osseux* (2) se développent, l'*infiltration graisseuse* disparaît, la *peau* et la *sécrétion cutanée* deviennent normales ; la *respiration*, la *circulation* se régularisent ; la *bouffissure* de la face, des mains et des pieds s'efface. Le *système pileux* s'accuse progressivement, la *menstruation* apparaît (3). En un mot, l'organisme tout entier évolue vers un état physiologique qui rapproche l'enfant myxœdémateux de l'enfant normal, d'autant plus que le *traitement a été appliqué à un âge moins avancé*. Aussi,

(1) Les radiographies sont faites au Laboratoire de la Salpêtrière par M. INFROIT, dont chacun se plaît à reconnaître l'obligeance et l'habileté.

(2) La persistance, presqu'indéfinie, de la fontanelle antérieure est un symptôme classique du myxœdème infantile. Ce symptôme disparaît; en d'autres termes, la *fontanelle antérieure* se ferme chez les myxœdémateux traités par la glande thyroïde.

(3) Une *myxœdémateuse* que nous observons depuis 1887, âgée aujourd'hui de 29 ans, Wath .. (Augustine), a été réglée le 22 nov. 1903, et ses règles sont régulières, abondantes, durant 3 à 4 jours. — Une autre, Gangl ...(Clémence), âgée de 23 ans, a été réglée le 17 août 1903 ; rien en septembre et octobre ; depuis, les règles ont été régulières, abondantes, indolores, durant 3 jours.— Leur *fontanelle antérieure* a fini par se souder. Toutes deux ont été soumises un grand nombre de fois au traitement thyroïdien.

chez nos myxœdémateux *traités jeunes*, l'amélioration est telle qu'un médecin, non averti, serait fort embarrassé pour reconnaître le myxœdème.

Nous avons dit que l'un des symptômes physiques de l'idiotie mongolienne consistait en un *arrêt de la croissance*. Sous l'influence du *traitement thyroïdien*, nous avons vu que la croissance reprenait son cours. Il s'ensuit que, lorsque la taille est redevenue normale, il convient de suspendre le traitement, quitte à le reprendre s'il se produit un nouvel arrêt.

Chez plusieurs malades, la médication thyroïdienne, après avoir déterminé un accroissement — ralenti ou presque nul depuis quelques années —, semble lui avoir donné en quelque sorte, un coup de fouet. En d'autres termes, la taille continue de s'accroître, en dehors de tout traitement.

En terminant ce travail, nous croyons devoir nous excuser auprès de nos lecteurs d'avoir été peut-être un peu long, mais nous espérons qu'ils ne nous en voudront pas en raison du *caractère pratique incontestable* qu'il présente (1).

(1) Par suite du retard de la publication de ce *Compte-rendu* pour l'année 1903, nous avons cru devoir y joindre les traitements des premiers mois de 1904.

II

Idiotie congénitale ; microcéphalie ; synostose partielle ;

Par BOURNEVILLE et Reine MAUGERET.

SOMMAIRE. — *Enfant naturel. — Description de la malade à l'entrée* : Microcéphalie. — *Intelligence nulle. — Krouomanie. — Accès de cris. — Mouvements convulsifs. — Diarrhée. — Dyspnée et cyanose. — Congestion pulmonaire, coma, mort.*

AUTOPSIE. — *Hypertrophie des os de la voûte du crâne. — Synostose partielle. — Lésions des méninges. — Arrêt de développement des circonvolutions.*

Héli... (Thérèse), née à Paris, le 16 août 1898, est entrée à la Fondation Vallée le 28 mars 1902 et y est décédée le 10 septembre 1902.

C'est une *Enfant assistée,* sur laquelle on n'a aucun renseignement. Elle a été admise sur la production de deux certificats médicaux. Le premier, signé du Dr Hutinel, déclare l'enfant « atteinte d'*idiotie par agénésie.* » Le second, signé du Dr Dagonet, la déclare atteinte « d'*idiotie,* avec absence du langage, parésie des membres inférieurs, gâtisme. »

État de la malade. — L'état général de l'enfant, à son entrée, est assez mauvais. Elle présente une certaine émaciation et une pâleur générale. Sa température oscille les cinq premiers jours, entre 37°, 5 et 38°, 6. Elle tousse beaucoup.

Sa physionomie est sans expression, mais assez agréable dans l'ensemble ; le regard est vague. — Elle n'a pas d'attitude bien définie, son corps, très mou, se fléchissant ou à droite ou à gauche ou en avant ; elle ne se tient pas debout, ses jambes fléchissant sous elle, non plus qu'assise où il faut l'attacher pour qu'elle ne glisse pas. Les cheveux sont châtain foncé, raides ; le tourbillon, mal formé, semble constitué de

3 tourbillons secondaires, situés à droite. On constate de la micropolyadénie.

Sa *tête est petite*, c'est une *microcéphale*. Le crâne est irrégulier, plagiocéphale ; la partie antérieure gauche est déprimée, tandis que la partie postérieure droite est plus



Fig. 51. — Héli...

proéminente. Pas de saillies anomales. Le front est droit, les arcades orbitaires déprimées, les orbites normales. — Les yeux sont mobiles, sans paralysie ni *strabisme constant*, sans nystagmus, mais *par moments* legèr *strabisme convergent* de l'œil gauche. L'iris est châtain foncé Les pupilles, égales. réagissent à la lumière. La *vue* parait bonne ; mais il est

impossible de pousser plus loin l'examen, en raison de l'idiotie complète de l'enfant. Les paupières sont normales, les cils naturellement implantés. (*Fig.* 51 et 52).

Mesures de la tête.

1902.	Mars	Juil.
Circonférence horizontale maxima	42 5	42 5
Demi-circonférence bi-auriculaire	31 »	30 »
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	31 »	31 »
Diamètre antéro-postérieur maximum	13. 5	13. 5
— bi-auriculaire	10. 6	10. 6
— bi-pariétal	11 »	11 »
— bi-temporal	10 »	10 »
Hauteur médiane du front	4. 5	4. 5

Le *nez* est petit, bien conformé, pas aplati. L'*odorat* est nul, l'enfant est insensible aux bonnes comme aux mauvaises odeurs. — Les *pommettes* sont légèrement aplaties ; les joues sont plutôt grosses, flasques, pâles. — La *bouche* est moyenne ; les lèvres sont de volume moyen et bien conformées ; la langue est normale ; la *voûte palatine* est légèrement *ogivale* ; les amygdales sont moyennes. — Les maxillaires sont normaux, mais toutes les dents présentent une dénutrition complète et sont décalcifiées ; elles sont en grande partie détruites par des caries multiples, surtout les incisives supérieures, qui sont réduites à l'état de chicots ne dépassant pas les gencives. — Le *menton* est légèrement arrondi. — Les *oreilles* sont longues, de grandeur moyenne ; le *lobule* est petit, moyennement détaché. L'*ouïe* paraît bonne, le bruit provoque chez l'enfant une secousse. — Le cou est normal ; le corps thyroïde, peu appréciable à la palpation.

Les *membres supérieurs* sont d'un petit volume ; le droit présente deux larges cicatrices de vaccine. La préhension est complètement nulle. Pas d'onychophagie. — Les *membres inférieurs* sont de volume moyen, la voûte plantaire est normale. La *marche* est nulle. La *station debout* est inpossible ; l'enfant doit être soutenue et malgré cela ses jambes fléchissent sous elle. — On ne constate ni paralysie, ni contracture. La sensibilité générale parait normale.

Le *thorax* est de volume moyen, sans malformations, sans déviation de la colonne vertébrale. A l'auscultation du poumon râles de bronchite. Le cœur est normal.

L'*abdomen* est de volume moyen. Pas de hernie. Foie et rate, rien à signaler.

Organes génitaux et système pileux. Tout le corps est glabre; les grandes lèvres sont normales, les petites lèvres et le clitoris petits, l'hymen à orifice mesurant 3 mm., le périnée et l'anus normaux. Pas d'onanisme.



Fig. 52. — Héli..,

Au point de vue fonctionnel, l'enfant est très en retard sous tous les rapports. — Le goût parait exister, puisqu'elle boit plus facilement le lait sucré que non sucré. — Elle ne mange aucun aliment solide, est encore au biberon, ne prenant que du lait et de la farine lactée ; elle est très lente à

téter, ne mettant pas moins d'une demi-heure pour vider son biberon. Son appétit est faible, elle ne prend par jour que 4 à 5 biberons. Ni rumination, ni vomissements. Tendance marquée à la constipation. Le gâtisme est complet. — Pas de



Fig 53.

bave. — La respiration est embarrassée. la poitrine grasse ; l'enfant tousse beaucoup à son entrée. — Rien à noter sur la circulation.

L'*attention* et l'*intelligence* sont complètement *nulles*. De

même, la *parole*. L'enfant fait entendre seulement des grognements continuels. Elle pleurniche aussi continuellement. Elle ne rit ni ne sourit jamais. Elle ne grince jamais des dents. Son sommeil est lourd, très irrégulier. — Elle agite souvent les bras les ramène en avant sur la figure, et se frappe en même temps. Souvent aussi, elle se frotte les yeux avec le dos de la main, ou bien encore elle se couvre les yeux de ses mains pour s'endormir. On l'a vue à plusieurs reprises, quittant tout à coup son biberon, présenter une sorte de contraction à gauche de la lèvre inférieure, en même temps que les yeux prenaient une certaine fixité, mais sans aucune convulsion de la face ou des membres ; puis, après une demi-minute environ, elle reprend son biberon. — Les *urines* ne renferment ni sucre ni albumine. — Poids ; 10 k. gr. — Taille 0m88.

En raison de l'état de l'enfant à son entrée, on la soumet au traitement suivant : ventouses sèches, teinture d'iode, sirop de tolu ; lavements.

5 *avril*. — Il n'y a plus rien aux poumons. Toujours un peu de constipation. L'amélioration, quant à l'état physique, s'accentue de jour en jour. Lait, farine lactée ; lavements.

Juin. — L'état de l'enfant est absolument le même qu'à son entrée, Elle ne prend que le biberon, qu'elle met un très longtemps à absorber. Sans cesse elle pousse des *grognements* et se *frappe* le visage du revers de la main. Elle ne fait aucun effort pour marcher mais au contraire est très fâchée si on essaie de la mettre sur ses jambes, lesquelles sont molles et sans aucune force. Elle aime beaucoup à être dans les bras des infimières et à être bercée. La nuit, son sommeil est très agité, elle se réveille constamment et se rendort très difficilement. Elle gâte nuit et jour. — *Traitement* : lait, œufs, farine lactée ; exercices des jointures et de la marche ; bains salés ; sirop de glycéro-phosphate de chaux.

Septembre. — Etat stationnaire au point de vue physique comme au point de vue intellectuel. Il est toujours impossible de faire prendre à l'enfant une autre nourriture que le lait. Son sommeil est mauvais, elle se réveille et crie pendant des heures sans aucun motif. Les nuits sont en général mauvaises.

6 *septembre*. — L'enfant refuse le biberon, elle crie sans relâche, et est très-abattue. Une diarrhée abondante se déclare : les selles sont liquides, verdâtres ou jaunâtres, d'une légère fétidité. Il y a du météorisme abdominal. — *Traitement* : bismuth, cataplasmes sur le ventre, Todd, lait.

7 *septembre.* — Même état que la veille. L'abattement augmente.

8 *septembre.* — La *diarrhée* persiste. L'enfant a beaucoup changé depuis 2 jours : elle a maigri de façon notable, ses yeux sont ternes, son facies tiré. Le pouls est petit et rapide, la température 38°,7. Elle rend au fur et à mesure tout ce qu'on lui fait boire. — *Traitement* : potion lactique, régime lacté absolu.

9 *septembre.* — L'enfant s'affaiblit de plus en plus, elle ne conserve rien des liquides qu'elle avale. — Lait, potion lactique ; 250 gr. de sérum.

10 *septembre.* — La *diarrhée* a cessé. Mais il y a de la *dyspnée* et de la *cyanose*, et l'auscultation révèle la présence de râles ronflants, sibilants et sous-crépitants. Le pouls est petit et rapide. La température est le matin, de 37°,1. Dans la journée, la respiration devient de plus en plus haletante, l'enfant tombe pour ainsi dire dans le *coma* et elle meurt à 6 h. du soir.

Température après la mort.

Température aussitôt après la mort			37°
1/4 d'h.	—		36°,5
1/2 h.	—		35°,8
1 h.	—		35°
2 h.	—		32°,1
4 h.	—		24°
6 h.	—		20°,3
8 h.	—		17°
Température de la chambre			18°
Poids après décès			8 k. 500.

AUTOPSIE, faite le 12 septembre à 9 heures 1/2 du matin, soit 39 heures 1/2 après décès.

COU. — *Corps thyroïde*, normal de forme et de volume. — *Thymus*, n'offrant rien de particulier. — Presque toutes les *dents* de la mâchoire inférieure sont altérées

THORAX. — *Poumon gauche* ; sommet sain, base légèrement congestionnée ; à la pression, il sort un peu de pus. — *Poumon droit:* sommet sain, à la pression il sort également un peu de pus, mais on ne sent pas de noyaux d'hépatisation. — *Coeur* : aucune anomalie, pas de lésions, pas de persistance du trou de Botal.

ABDOMEN. — *Foie,* un peu gras, normal, sans lésions apparentes ; la *vésicule biliaire* est normale, la *rate* n'offrent

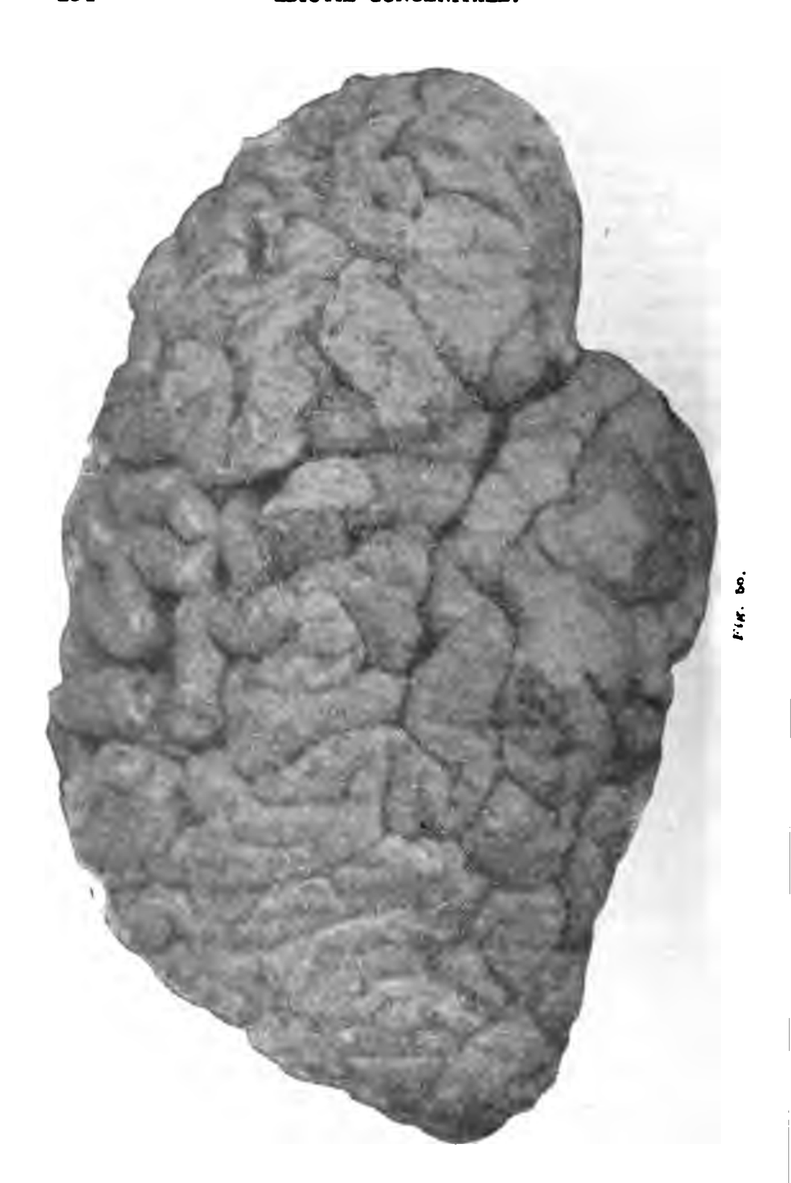


Fig. 80.

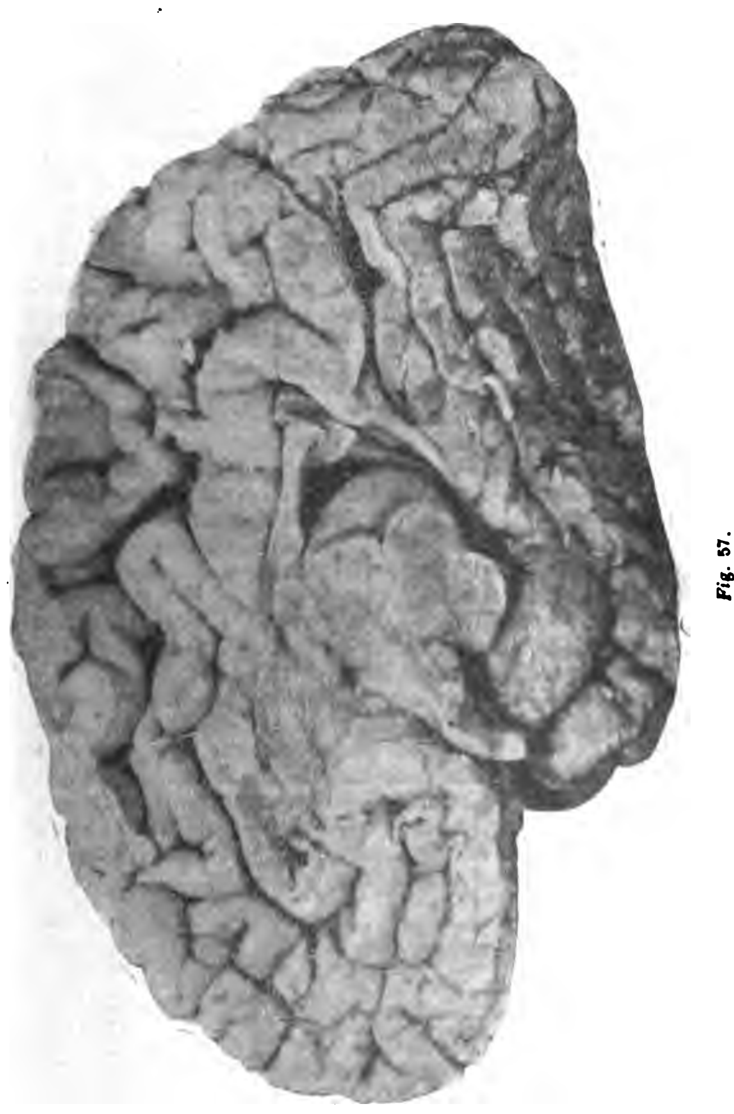


Fig. 57.

aucune particularité. — Les *reins,* un peu graisseux, se décortiquent facilement.

TÊTE. — *Cuir chevelu* assez épais, sans ecchymose. — *Crâne :* plagiocéphalie très-prononcée. Il n'y a plus trace de la suture coronale ; *la suture sagittale a disparu,* il *n'en reste que quelques traces légères au sommet de la suture lambdoïde ;* cette dernière persiste. — *Les os du crâne sont très-épais et très-lourds.* En avant, *le crâne mesure huit mm. d'épaisseur,* à la région pariétale gauche 11 *mm.,* à la région pariétale droite 8 mm. ; la coupe de l'occipital est beaucoup moins épaisse, surtout à gauche. Malgré son épaisseur, le crâne présente des *plaques transparentes :* au niveau de la fontanelle antérieure, au point où existaient les veines émissaires, et dans la région postérieure du pariétal droit. *Le tissu osseux du crâne est formé, sur la coupe, d'une large couche spongieuse entre deux minces lames compactes.* Les vaisseaux ont laissé leur trace, mais sans que cette trace soit trop accentuée. — La base n'offre pas d'anomalie saillante. — Il s'écoule environ 50 gr. de *liquide céphalo-rachidien.* — Les *méninges sont très épaissies.* Les sinus sont gorgés de sang et remplis de caillots. Dans la partie supérieure de la région fronto-pariétale, les circonvolutions semblent recouvertes d'un enduit gélatineux. Il n'y a pas de méningite La selle turcique est étroite. L'hypohyspe est grosse et rouge ; elle fait saillie au-dessus de la selle turcique sans être trop à l'étroit dans cette cavité.

L'*hémisphère droit* est recouvert d'une *pie-mère congestionnée* et *épaisse ;* il se décortique assez difficilement. Les vaisseaux de la pie-mère sont gorgès de sang, qui s'est coagulé dans les principales veines, et lui donne l'aspect qu'elle aurait après une injection. Les *circonvolutions* sont peu compliquées. Le cerveau est peu développé surtout au niveau des lobes frontaux. Rien de particulier à signaler à l'examen superficiel du *cervelet* et du *bulbe.*

Poids des organes.

Encéphale	545 gr.
Hémisphère cérébral droit	225
— — gauche	230
Cerveau	455
Hémisphère cérébelleux droit	40
— — gauche	35
Bulbe et protubérance	15
Cervelet et isthme	90

Liquide céphalo-rachidien	50
Moelle épinière	20
Corps thyroïde	7
Thymus	5
Cœur	55
Poumon droit	95
— gauche	75
Foie	380
Rate	39
Rein droit	45
— gauche	45

RÉFLEXIONS.— I. Aucun renseignement sur l'hérédité non plus que sur les antécédents personnels.

II. Au point de vue clinique l'enfant était une *idiote complète*; elle présentait quelques légers symptômes d'*excitation méningée.*

III. L'*autopsie* a mis en lumière certains points intéressants. C'est d'abord la *synostose partielle prématurée des os du crâne*, synostose si rare dans l'idiotie, contrairement à l'opinion ancienne qui en faisait dépendre le défaut de développement du cerveau. Il est bien établi aujourd'hui que la synostose prématurée. comme la microcéphalie, n'est pas une cause, mais bien un effet de l'arrêt de développement du cerveau. Il existait, de plus, de la microcéphalie et de la plagiocéphalie, avec *épaisseur exagérée des os du crâne.* Le cerveau est peu développé, surtout au niveau des lobes frontaux et les circonvolutions sont remarquables par leur simplicité. Quant aux *méninges*, leur grande épaisseur, leur congestion, l'enduit gélatineux qui les recouvre à la région fronto-pariétale, permettent de supposer qu'elles ont été touchées par un processus lent (peut-être la syphilis héréditaire).

IV. En somme, l'idiotie parait avoir été de nature congénitale et due à un arrêt de développement du cerveau, avec adjonction d'une légère excitation méningée de nature non-déterminée.

III.

Sclérose atrophique hémisphérique. Imbécillité, hémiplégie droite; épilepsie; accès et vertiges : Démence;

Par BOURNEVILLE et Reine MAUGERET.

Le titre indique déjà l'intérêt considérable de l'observation que nous allons rapporter et dont à la fin nous relèverons les particularités cliniques et anatomo-pathologiques.

SOMMAIRE. — *Père, fièvre typhoïde à 16 ans; rien de particulier. — Cousin germain, bègue. — Mère : céphalalgies. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 2 ans* (mère plus âgée).

Conception, grossesse, accouchement, rien à noter. Première dent à 6 mois, dentition complète à 15 mois. Marche à 9 mois. Propreté à 15 mois. Début de la parole à 4 ans.

Etat de mal convulsif à 6 mois. Convulsions localisées au côté droit, hémiplégie droite consécutive. — Secondes convulsions à 10 mois. — Retour des convulsions tous les 6 mois jusqu'à 2 ans. — Rémission, de 2 ans à 3 ans et 2 mois. — Accès mensuels, toujours localisés à droite, de 3 ans et 2 mois à 7 ans. — Athétose. — De 7 ans à l'entrée, 2 à 3 accès d'épilepsie par jour.

Rougeole à 5 ans. — Oreillons à 6 ans. — Conjonctivite. Marche des accès et des vertiges : affaiblissement intellectuel. —Développement rapide de la tuberculose ; mort.

AUTOPSIE. — *Tuberculose des poumons et des reins. — Épaississement du crâne à gauche. — Méningite chronique plus prononcée à gauche. — Nodosités crétacées de la pie-mère cérébrale et cérébelleuse. — Sclérose atrophique*

de tout l'hémisphère cérébral gauche. — Atrophie croisée du cerveau et du cervelet.

Tard.. (Marie-Louise), née à Vitry-sur-Seine le 1er avril 1891, est entrée dans le service le 8 août 1899, et y est décédée le 29 janvier 1904.

Antécédents. — PÈRE, 34 ans, cocher de maison bourgeoise. Pas de convulsions. Fièvre typhoïde à 16 ans, à la suite de laquelle il aurait marché 2 mois avec des béquilles, mais il ne lui serait rien resté au point de vue de la mémoire et de l'intelligence. Pas de chorée, pas de rhumatisme, pas de dartres; rien ne permettant de soupçonner la syphilis. Ne boit pas d'alcool, dit la mère. Fume 0 fr. 50 de tabac par semaine. Pas de traumatismes. Caractère un peu vif. Pas de migraines.

[*Sa famille.* — *Père*, 67 ans, et *Mère*, 57 ans; bien portants et sobres. — Pas de renseignements sur les *grand-parents paternels.* — *Grand-père maternel,* mort à 81 ans, ni paralysie, ni démence; ne voyait presque plus; sobre. — *Grand' mère maternelle,* morte à 64 ans, de fluxion de poitrine; — Oncles et tantes paternels : on ne sait pas. — Deux *oncles maternels,* mariés, ont des enfants bien portants; n'ont jamais eu de convulsions, sont sobres. — Deux *tantes maternelles,* ont l'une 6, l'autre 5 enfants qui n'ont pas eu de convulsions, pas de chorée; etc. — Deux *frères* : l'un a 24 ans, l'autre a 20 ans, célibataires, sobres, pas de convulsions, bien portants. — Pas de sœurs. — Dans le reste de la famille, rien autre à signaler qu'un *cousin germain*, de 14 ans, *bègue.*]

MÈRE, 36 ans, domestique. Pas de convulsions, ni fièvre typhoïde, ni chorée, ni rhumatisme, ni dartres. Pas d'alcoolisme. Rien n'autorisant de soupçonner la syphilis. Pas de traumatismes. Caractère un peu vif. Mariée à 26 ans. Depuis l'âge de 15 ans, *maux de tête*, survenant de préférence après les règles, mais aussi dans leur intervalle, l'obligeant à se coucher, s'accompagnant de vomissements qui ont cessé depuis un an; ils apparaissaient toutes les semaines pendant qu'elle était enceinte de la malade; puis, après l'accouchement, furent à peu près 2 mois sans se montrer, après quoi ils reparurent comme auparavant; en somme, il est difficile de décider s'il s'agit de vraies migraines.

[*Sa famille.* — *Père*, mort à 36 ans, noyé accidentellement;

sobre. — *Mère*, morte usée à 63 ans, on prétendait que c'était une gastrite ; rien de particulier. — *Grand-père paternel*, mort à 89 ans, non paralysé. — *Grand'mère paternelle*, et *Grands-parents maternels*, pas de renseignements. — 7 *oncles paternels*, tous mariés, en bonne santé ainsi que leurs enfants, qui n'ont pas eu de convulsions. — Deux *tantes paternelles*, 4 *oncles maternels*, une *tante maternelle*, ont des enfants bien portants ; pas de convulsions. — Trois *frères*, sobres, deux *sœurs*, et leurs enfants sont très-bien portants, n'ont jamais eu aucun accident nerveux. — Dans le reste de la famille, rien à noter.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans (mère plus âgée). — Un seul *enfant*.

Température à l'entrée.

					Matin.	Soir.
					—	—
8	août 1899		1er jour	....		37°,3
9	—	—	2 —	....	37°	37°,2
10	—	—	3 —	....	37°,4	37°,6
11	—	—	4 —	....	37°,5	37°,4
12	—	—	5 —	....	47°	37°,5

La malade. — Au moment de la *conception*, qui eut lieu trois semaines après le mariage, ni misère, ni alcoolisme, ni émotion, ni état maladif ; sympathie réciproque. — Pendant la *grossesse*, rien à signaler ; pas d'albuminurie, etc. Du 1er mois au jour de l'accouchement, vomissements quotidiens, quelquefois 5 ou 6 par jour. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. Durée du travail, 12 heures. Présentation du sommet. Beaucoup d'eaux.

A la naissance, pas d'asphyxie, pas de circulaire autour du cou ; l'enfant a crié tout de suite, elle paraissait bien portante et pesait 10 livres. Nourrie au biberon' (*lait de vache*). Sevrée à 15 mois. — Première dent, à 6 mois. Dentition complète à 15 mois. — A 4 ans seulement, elle commence à parler, mais mal. — Marche à 9 mois, propre à 15 mois.

A 6 mois, première *attaque de convulsions* ; l'enfant semblait normale auparavant. — *Ces convulsions durèrent huit heures*, et *restèrent localisées au côté droit*, seuls le bras et la jambe, à droite remuaient ; il restèrent *paralysés* après cet état de mal. — A 10 mois, seconde *attaque de convulsions, également limitées au côté droit*, et durant également 8 heures.

A la suite, l'enfant, qui avait commencé à marcher à 9 mois, ne remarcha plus jusqu'à 14 mois, — De 10 mois à 2 ans, les *convulsions* se répétèrent tous les 6 mois, toujours localisées à droite. Après cet état de mal, l'intelligence était moins vive et l'enfant restait un jour sans pouvoir se tenir ; pas de délire. — De 2 ans à 3 ans et 2 mois, l'enfant n'eut pas de convulsions ; elle n'était pas plus intelligente pendant cette période.

A partir de 3 ans et 2 mois, tous les mois accès convulsif jusqu'à l'âge de 7 ans. Ces accès, toujours localisés à droite, duraient presque régulièrement 8 heures, et survenaient indifféremment le jour ou la nuit. — Depuis l'âge de 7 ans, les accès surviennent 2 ou 3 fois par jour ; le maximum en 24 heures a été 4, et la rémission la plus longue qui se soit produite depuis le 1er janvier a été de 8 à 10 jours. Ces accès sont diurnes et nocturnes, en nombre à peu près égal ; on entend les accès nocturnes, parce qu' « elle claque des dents comme quelqu'un qui a bien froid ». Lors d'un accès, l'enfant ne se plaint d'aucune douleur particulière, parfois cependant elle dit que ça la pique dans la main. Mais elle dit toujours : « Je suis lasse, » puis elle tombe, fléchit la jambe droite, élève le bras droit ; la bouche est tirée à droite, ainsi que la joue et l'œil, et *tout le côté droit de la face saute*. En somme, convulsions cloniques localisées à droite ; quant à la rigidité du côté droit, la mère ne peut préciser. L'accès dure 2 ou 3 minutes. L'enfant ouvre ensuite les yeux, qui sont égarés ; puis elle s'endort. Si on veut l'en empêcher, elle est « comme ivre » ; mais elle n'est pas méchante ; elle traine davantage la jambe, et ne se sert pas de sa main droite, qui, d'ailleurs, en temps ordinaire, est peu employée.

D'après la mère, la *paralysie*, qui a débuté après le premier état de mal, se serait aggravée après chaques série convulsive, jusqu'à l'âge de 4 ans. Après la première crise, l'enfant se servait un peu de sa main ; après les autres, elle s'en servait moins bien. La jambe a toujours été trainante. Le pied a été renversé dès le début. L'*athétose* n'aurait été remarquée qu'à 4 ans : quand on disait à l'enfant d'ouvrir la main, elle touchait le métacarpe près la racine des doigts ; de même, quand on lui disait de la fermer ; si on lui tenait la main gauche, elle touchait la même région avec la langue. Pas de modification de l'intelligence, depuis l'âge de 4 ans.

Le *caractère* de l'enfant est très doux ; elle est très gaie,

chante sans cesse n'a pas d'accès de colère. Pas voleuse, pas gourmande. Pas de salacité, de pyromanie, de clastomanie, d'onanisme, de fugues, de turbulence, d'appétence pour le vin.

Elle se sert de sa main gauche. Elle ferme bien la bouche, ne bave pas; pas de succion; déglutition normale; vomissements fréquents; selles régulières, pas de gâtisme, ni de vers intestinaux. Pas de bronchite, pas d'hémoptysie.

Vue et *ouïe* bonnes. *Sensibilité* normale. Elle reconnait bien ses parents et a de l'attachement pour eux. Pas d'étourdissements, pas de céphalées, pas de krouomanie, de secousses, de tremblements. Quand elle va avoir un accès, elle devient toute blanche. — Sommeil normal. Mémoire assez bonne. Elle sait un peu lire et écrire; elle n'a été mise à l'école qu'à 6 ans et a eu beaucoup de peine à apprendre ses lettres. Elle n'a pas d'aptitudes particulières.

Elle ressemble à son père aux points de vue physique et moral.

Comme *maladies infectieuses*, elle n'a eu que la rougeole à 5 ans et les oreillons à 6 ans. Elle a été vaccinée à 1 an avec succès.— Pas de gourmes, conjonctivite de l'œil droit. étant toute jeune.

L'enfant a, depuis ses convulsions, toujours été en retard au point de vue de l'intelligence. — Depuis 3 semaines les accès apparaissent la nuit; ils ne diffèrent pas des accès diurnes.

État actuel. — L'enfant a l'air bien portante, quoique un peu pâle, elle a un léger embonpoint. Sa physionomie n'est pas inintelligente, est plutôt expressive. Ses cheveux sont blonds, normalement implantés, sans épi. La peau ne présente ni cicatrices, ni nævi. On ne constate de ganglions en aucune région.

Sa *tête*, de forme normale, est asymétrique, le côté droit, front et occiput, étant plus volumineux que le côté gauche. Les fontanelles sont soudées.

La *face* est de forme normale, régulière, symétrique, et ne présente pas de cicatrices. Les arcades sourcilières sont normales. Les sourcils sont châtain clair, de même que les cils. Les paupières sont régulières et saines. Le globe oculaire a une motilité normale; il n'y a ni exophtalmie, ni strabisme, ni paralysie, ni nystagmus. On note seulement du *clignement* des paupières qui est fréquent. L'iris est bleu. Les pupilles sont égales, et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation

L'acuité visuelle est normale, l'enfant voit bien de près et de loin; elle distingue et reconnait les couleurs.

Le *nez* est droit, symétrique, sans déviation; les narines sont normales, égales. *L'odorat* est bon. — Les pommettes sont peu saillantes, symétriques; les joues peu volumineuses.

La *bouche*, petite, est de forme et de direction naturelles. Les lèvres sont peu saillantes, petites en longueur comme en épaisseur. La langue est de forme et de motilité normales. La voûte palatine n'est ni anormalement excavée, ni ogivale. Le voile du palais est régulier.— Les dents ne présentent rien à noter. La mastication se fait bien. — Les amygdales sont grosses et font saillie dans l'isthme du gosier. Il n'y a pas de réflexe pharyngien.

Le menton est rond, très régulier, dans une situation normale par rapport au maxillaire supérieur.— Les oreilles sont petites, symétriques. Leur hauteur est de 5 centimètres ; leur largeur de 0m03. Il n'y a pas d'écoulement ; le cérumen existe naturellement. On ne constate pas de mobilité du pavillon (1). Celui-ci est épais, son écartement du crâne est normal. L'hélix, largement ourlé dans toute sa longueur, présente sur son bord antérieur 3 légères saillies, faisant penser au tubercule de Darwin; sa cavité est très profonde. L'anthélix est saillant, sa fossette est large et assez profonde. La conque est profonde et triangulaire. Le conduit auditif externe est normal. Le tragus est saillant et légèrement renversé en dehors, l'antitragus épais et assez saillant. Le lobule, épais, bien arrondi, n'est pas adhérent ; il présente une cicatrice assez étendue, indiquant le port antérieur de boucles d'oreilles. L'enfant perçoit normalement les bruits, les sons musicaux et la parole. Son attention et sa mémoire auditive sont proportionnées à son état. Elle a peu d'aptitudes musicales. Il n'existe pas d'écholalie.

Le *cou* est normal ; le corps thyroïde perceptible à la palpation.

Le *thorax* est de forme régulière, de volume moyen. Rien à la percussion et à l'auscultation, tant du cœur que des poumons.

(1) Nous avons examiné, à ce point de vue, tous les enfants idiots et n'avons constaté qu'un très petit nombre d'entre eux offrant une mobilité du pavillon. A l'*Institut médico-pédagogique* nous n'avons eu que deux cas : 1° chez l'enfant Émile Desch... (imbécillité) ; 2° chez l'enfant Pierre Leh... (imbécillité morale).

L'*abdomen* est aussi de forme régulière. Rien à signaler en ce qui concerne le foie et la rate. La région anale est normale.

Les *membres supérieurs* sont de forme régulière. Leur volume est le même à droite et à gauche; mais la longueur est un peu moindre à droite. Les jointures présentent une laxité anormale, notamment au coude et à l'épaule ; cette laxité est surtout accentuée à droite. L'enfant ne se sert pas de la main droite. Le toucher est normal. (Voir p. 210).

Les *membres inférieurs* sont de forme naturelle. Leur volume, comme leur longueur, est un peu moindre à droite. Il est impossible de constater l'état des réflexes, l'enfant raidissant ses jambes malgré elle. L'attitude debout est légèrement penchée à droite, en raison de la paralysie. La marche s'exécute bien, mais il y a une boiterie de la jambe droite, qui traine un peu et dont le pied est un peu tourné en dehors. L'enfant sait monter et descendre un escalier, de même que sauter.

La *sensibilité* au contact, à la douleur, à la température. est intacte.

Le tronc et les membres sont entièrement glabres. Il en est de même de la région génitale. Il n'y a pas de seins. Les grandes lèvres sont peu épaisses les petites lèvres triangulaires, le clitoris petit, l'hymen est en croissant. Pas d'onanisme.

Le *goût* est normal, l'enfant distingue bien les saveurs acides ou sucrées. — Elle mange de la main gauche, proprement en se servant de la cuiller et de la fourchette. La mastication se fait bien. Les digestions sont bonnes, les selles régulières, sans diarrhée ni constipation, ni gâtisme.

Le *sommeil* est bon, sans cris, ni cauchemars, ni hallucinations. — Pas d'autre tic que le clignement très fréquent de l'œil gauche. — L'enfant pleure rarement. — Il est rare de la voir changer de couleur, sauf au début des accès, où elle devient violacée. — Elle sait se débarbouiller et se peigner seule, et aussi s'habiller et se déshabiller, mais elle ne peut se coiffer. Elle est toujours très-propre. — Son *caractère* est très-affectueux, elle n'est pas méchante avec les autres enfants et elle aime beaucoup ses parents. Elle est peu bruyante et aime mieux rester assise que de jouer. — Elle parle bien. mais lentement. — Elle commence à lire et à écrire ; elle écrit de la main gauche; elle est attentive en classe. Elle aime assez la couture, et sait faire les ourlets. Elle est nulle en gymnastique.

Le *poids* de l'enfant à l'entrée est de 27 kg. 500 ; sa *taille*, de 1m, 29. — Ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Dès les premiers temps du séjour à la Fondation Vallée, on constate qu'il ne s'agit pas chez elle de grands accès épileptiques, mais bien d'accès incomplets, avec mouvement d'élévation du bras et de flexion de la jambe. La marche d'un vertige est la suivante : l'enfant devient violacée, mais elle ne crie pas, et elle tombe subitement en arrière, demi-assise, en se tournant presque toujours du côté droit ; pas de bave ; ni d'évacuation involontaire ; rigidité générale et immobilité complète : les membres, très-rigides, n'éprouvent aucune secousse ; les yeux sont immobiles, les paupières sont ouvertes et ne battent pas, la face est d'une pâleur extrême ; cet état dure quelques secondes, une minute au plus, puis l'enfant se relève, elle parait sortir d'un rêve et reste 2 ou 3 minutes inconsciente. Ces petites crises sont fréquentes (25 de l'entrée de l'enfant à la fin du mois d'août). Souvent, ces accidents ne s'accompagneraient pas de phénomènes convulsifs (rigidité, mouvements) ce qui les fait compter comme *vertiges* par le personnel du service.

Traitement : hydrothérapie, — exercices des jointures, — élixir polybromuré, de 1 à 3 cuillerées, — capsules de bromure de camphre, de 2 à 6.

Septembre. — L'enfant n'a toujours pas eu de grands accès depuis son entrée, mais les accès incomplets et les vertiges sont fréquents (28).

Octobre. — Petits accès plus nombreux (32). L'état de l'enfant se maintient à peu près le même, *sans amélioration ni tendance vers la déchéance*. Elle est toujours très-douce, affectueuse, peu expansive, timide, mais pas triste cependant ; très propre et pleine de bonne volonté, mais réussissant peu à la gymnastique. Sous le rapport de la santé physique, elle parait un peu plus forte.

Novembre. — Diminution des vertiges (22).

Décembre. — Les vertiges diminuent encore de nombre (18). — On suspend l'hydrothérapie.

1900. *Janvier*. — Les petits accès (vertiges) diminuent de nombre (10), mais il s'y adjoint de grands accès (3). L'enfant cependant s'améliore légèrement sous tous les rapports. Elle est très timide et de caractère un peu sombre. — *Traitement* : élixir, de 1 à 3 cuillerées ; capsules de bromure de camphre, de 2 à 6 ; exercices des jointures.

Février.— Les vertiges et les accès continuent. — Même traitement.

Juin. — Le nombre des vertiges, qui avait d'abord diminué, tend à réaugmenter ; le nombre des accès a diminué. L'état de l'enfant est à peu près stationnaire. Toujours propre, douce et tranquille, elle montre peu de facilité pour la gymnastique, ainsi qu'en classe, où elle retient difficilement les leçons même les plus élémentaires; elle est très lente dans tout ce qu'elle fait. Même traitement; en plus, douches,

1901. *Janvier*. — Le nombre des vertiges a été en diminuant: le nombre des accès, au contraire, a augmenté ; ils sont actuellement plus nombreux que les vertiges. — L'enfant a fait quelques progrès en classe: elle lit et écrit lisiblement (de la main gauche). Elle est toujours douce, calme, polie, aimant la lecture. Elle a beaucoup de bonne volonté pour la gymnastique, mais y réussit peu, en raison de sa paralysie. — Au point de vue de la *puberté*, le corps est toujours entièrement glabre, il n'y a pas de seins ; l'hymen est circulaire, à orifice central. — *Traitement*: on continue l'élixir polybromuré, le bromure de camphre, l'hydrothérapie ; de plus, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue.

Juin. — Le nombre des accès et des vertiges est à peu près stationnaire. — Au point de vue de la *puberté*, apparition sur le pénil de quelques poils follets. Pas d'autre changement. — *Traitement* : élixir, bromure de camphre, hydrothérapie ; sirop d'iodure de fer.

Août. — Légère augmentation du nombre des vertiges. — Blépharite : collyre au sulfate de zinc.

1902. *Janvier*. — Le nombre des vertiges, après avoir augmenté jusqu'en septembre, a diminué ; le nombre des acces est toujours sensiblement le même. — L'enfant continue à faire quelques progrès en classe. Elle est toujours tranquille, propre et rangée. Mais elle serait sournoise et grossière avec ses compagnes quand on ne l'entend pas. De plus, elle aurait à différentes reprises volé de l'argent à ses compagnes, elle ne l'avoue que pressée de questions. — La dose d'élixir est portée de 1 à 4 cuillerées.

Juin. — Le nombre des vertiges et des accès est stationnaire. Les accès ne sont pas très intenses, mais ils laissent l'enfant très abattue pour une partie de la journée, avec un grand besoin de dormir. Ses pupilles sont dilatées, égales ;

elle n'a pas de tremblement de la langue ni des mains. Elle parle toujours très lentement et à voix basse. Au point de vue de la classe, son état est stationnaire : elle conserve le peu qu'elle a acquis, mais n'acquiert rien de nouveau. Comme auparavant, elle n'est ni bruyante ni turbulente, restant le plus souvent assise aux heures de récréation. Mais elle est devenue triste, maussade, grognon ; un rien la fâche et la met de mauvaise humeur. Son regard est habituellement sournois ; il devient dur et méchant dès qu'on lui fait une observation. Elle continue à être grossière avec ses compagnes quand elle ne se croit pas entendue. Elle a une tendance très marquée pour voler, surtout des sous ; et n'avoue que très difficilement. Elle est toujours très ordonnée, et même maniaque dans le soin de ce qui lui appartient. Même traitement : élixir polybromuré, hydrothérapie, sirop d'iodure de fer.

Septembre. — Le nombre des vertiges et des accès a augmenté, jusqu'à 19 vertiges et 26 accès en août. — Du 19 au 23, l'enfant voit apparaître ses *règles* pour la première fois ; elle souffre de maux de tête pendant leur durée. Pas de seins. Quelques poils assez longs sur le pénil et les grandes lèvres. Pas d'autre modification. — Pas de règles en octobre ni en décembre. Règles peu abondantes du 2 au 5 novembre.

1903. *Janvier.* — Le nombre des accès et des vertiges est redevenu ce qu'il était auparavant. — Les règles, qui n'ont apparu qu'en novembre, ont été peu abondantes ; rien ni en octobre ni en décembre ; elles apparaissent pour la 3e fois, du 5 au 9 : elles sont peu abondantes.

Puberté : quelques poils sous les aisselles ; thorax, abdomen et membres, glabres ; pas de seins ; sur le pénil, quelques poils assez longs ; de même sur les grandes lèvres, qui sont peu épaisses ; les petites lèvres sont triangulaires, le clitoris petit ; l'hymen est en croissant ; le périnée et l'anus sont glabres. — L'état de l'enfant est stationnaire. Même traitement.

Juillet. — Le nombre des vertiges a encore diminué, celui des accès a un peu augmenté. — Les règles ont reparu 9 fois, tous les 2 mois seulement. — *Puberté :* quelques poils bruns sous les aisselles ; le thorax est glabre à sa face antérieure, mais sur sa face postérieure, il présente un duvet abondant ; l'abdomen et les fesses sont glabres ; les membres sont recouverts d'un duvet, abondant sur les cuisses et les jambes ;

— *Seins*, égaux, de 8 cm. de hauteur sur 8 cm. de largeur, présentant quelques veines sous-cutanées et des aréoles pigmentées montrant quelques tubercules. Sur le pénil, poils bruns, assez abondants ; sur les grandes lèvres, poils assez abondants, longs, châtains. Nymphes petites, non pigmentées ; capuchon du clitoris, pigmenté et fripé, triangulaire, très-développé, faisant une forte saillie entre les grandes lèvres ; hymen, à orifice circulaire, irrégulier, admettant l'index ; fourchette saillante ; quelques poils à l'anus et au périnée. — Règles peu abondantes du 5 au 9 janvier, du 6 au 10 mars, du 11 au 16 mai, toujours peu abondantes ; rien les autres mois.

Au point de vue de la classe, l'état de l'enfant est toujours stationnaire ; elle ne fait que conserver ce qu'elle a acquis. Son caractère reste aussi le même, sournois, maussade, irritable ; elle frappe facilement une de ses compagnes qui la heurte involontairement. La tendance au vol persiste, surtout pour les sous, mais aussi pour divers objets qu'elle fait disparaître en les jetant dans les cabinets. Elle parle toujours à voix basse, avec lenteur et hésitation. — *Même traitement* : élixir polybromuré, de 1 à 4 cuillerées ; capsules de bromure de camphre, de 2 à 8 ; hydrothérapie ; gymnastique ; école.

Novembre. — Pas de vertiges, en octobre ni en novembre : nombre des accès, stationnaire. — Les *règles* n'ont reparu qu'une fois, en octobre. — Les accès laissent l'enfant très abattue, paraissant très fatiguée et ayant un grand besoin de dormir. Depuis quelque temps, elle semble aller vers une déchéance prochaine. — Son état phyique laisse aussi à désirer : le teint est pâle, les yeux cernés, elle mange moins, et maigrit un peu.

13 *novembre*. — Après deux accès qui l'ont plus abattue encore que de coutume, et vu son état précaire, l'enfant est mise à l'infirmerie. Sa température monte le soir à 40°, 3 ; elle est très altérée, et tousse beaucoup. — L'examen de la poitrine permet de constater, aux deux sommets, des signes très nets de *tuberculose* au 2e degré. A l'auscultation du cœur, frottements à la partie moyenne. Le pouls est rapide, le visage pâle. — *Traitement* : teinture d'iode aux sommets, 0, 50 d'antipyrime, poudre de viande. — Les jours suivants, et pendant tout le mois de novembre, l'enfant a encore de la fièvre, mais moins élevée, dès le 18 novembre n'atteignant plus 39°, 5 ; fièvre très irrégulière. Elle tousse moins, et n'est pas alitée.

Tableau des accès et des vertiges.

Mois	1899		1900		1901		1902		1903		190	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	V.	V.	A.		V.	V.
Janvier			3	10	7	4	4	5	6	3	8	
Février			2	15	11	5	3	6	8	4		
Mars			5	14	9	4	5	3	7	5		
Avril			6	8	8	5	6	7	11	2		
Mai			5	9	7	3	4	6	15	2		
Juin			7	10	10	4	5	5	7	2		
Juillet			8	11	7	6	6	7	9	5		
Août		25	7	8	4	8	26	8	6	3		
Septembre		28	6	5	6	11	13	13	9	5		
Octobre		32	8	4	7	10	8	5	7			
Novembre		22	9	3	6	8	6	7	6			
Décembre		18	8	5	5	7	5	6	7			
Totaux		125	74	272	87	7	91	78	98	31	8	

Mesures de la tête.

	1899	1900		1901		1902		1903		1904
	Août.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.
Circ. horz. max	53	54	54	54	54	54	54	54	52	52
D.-circ. bi-auricul	35	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Dist. de l'art. occip. altoid. à la rac. du nez	41	41	41	41	41	41	41	41	37	37
Diam. ant-post. max	17.9	17.9	17.9	17.9	17.9	18	18	18	17	17
— bi-auricul	11.3	11.4	11.4	11.4	11.5	11.5	11.5	11.6	11.5	11.5
— bi-pariét	14.1	14.2	14.2	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	13.5	13.5
— bi-temp	11	11.1	11.1	11.2	11.3	11.4	11.4	11.5	11.5	11.5
Haut. méd. du front	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5	5

MEMBRES SUPÉRIEURS.	1899		1900		1901		1902		1903		1 90	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle	30	30	30	30	31	31	31	31	21	23	19.5	21
— à 10 centimèt. au-dessus de l'olécrâne	19	19	20	20	20	21	20	21	19	20	17	19
— — — au-dessous —	16	16	17	17	18	19	18	19	19	21	17	19.5
— au niveau du poignet	13	13	13	13	14	14	14	14	13	13.5	12.5	13.5
— — du métacarpe	17	17	17	17	17	17	17	17	16	16.5	16	16
Distance de l'acromion à l'olécrâne	29	30	29	30	29	30	31	32	31	29	28	28
— de l'olécrâne à l'apophyse du cubitus	18	19	19	20	19	20	21	21.5	20	21	21	22
— du cubitus à l'extrémité du médius	15	15.5	15	15.5	15	15 5	17	17	17.5	16.5	17.5	18
Membres inférieurs.												
Circonférence au niveau de l'aine	40	41	45	46	47	48	48	49	43	42	35.5	37
— à 5 centimètres au-dessus de la rotule	27	28	28.5	28	31	31	30	30	28.5	29	36	32
— — au-dessous —	24	24	25	25	27	27.5	27	27.5	25.5	27	22.5	25
— au niveau du cou-de-pied	21.5	19	21.5	19.5	21.5	20	22	21	18	19	17.5	18.5
— à la partie moyenne du pied	18.5	18	19	9	20	20	21	20	20	20	19.5	19
Distance de l'épine iliaque autéro-supérieure à l'interligne art. du genou	40	41	40	42	40	42	41	43	47	47.5	45	45
— de l'interligne à la malléole externe	30	32	32	34	33	34.5	33	35	32	32.5	34	34
— de la malléole externe a l'extrémité du médius	16	17	17	19	17.5	18	18	18	20	18	18	18
Pied. { Longueur	18	20	19	21	21	23	21	24	20	23	20	23
Pied. { Circonf. du métacarpe	18.5	19	19.5	20	20.5	20.5	20.5	20	20.5	20	20.5	20

Décembre. — Pas de vertiges. Même nombre d'accès. — *Les règles n'ont pas reparu.* — La température se maintient d'abord autour de 38° ; dans la seconde quinzaine, elle atteint plusieurs fois 40°, avec de grandes oscillations, puis elle redescend aux abords de 38°, mais toujours très irrégulière. L'enfant tousse de temps à autre, maigrit, mais ne reste pas alitée. Mêmes signes à l'auscultation.

Tableau du poids et de la taille.

	1899	1900		1901		1902		1903		1904
	Août.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.
Poids	27.5	28	29	30.5	32.5	31	32.5	33	35	33
Taille	1.29	1.30	1.30	1.30	1.35	1.38	1.38	1.38	1.38	1.45
Dynamomètre D.	2	2	2	2	2	3	5	5		3
Dynamomètre G.	10	12	10	15	15	15	15	15	15	14

1904. *Janvier.* — L'enfant est pesée le 5 ; poids 32 kg.500. Elle a beaucoup maigri. Jusqu'au 11 la température oscille de 37°,5 à 39°,5, L'état ne s'est pas sensiblement aggravé.

A partir du 12 janvier, la température remonte aux environs de 40° avec de grandes oscillations. L'enfant se cachectise ; son facies devient terreux, ses yeux cernés et profondément excavés, ses pupilles dilatées. Elle est très faible, refuse de se lever, et ne veut pas prendre de nourriture. Elle tousse maintenant beaucoup et se plaint de la tête ; elle dort peu. Les signes d'auscultation augmentent beaucoup, en intensité et en étendue.

Puberté. — Même état des aisselles, des seins et des organes génitaux. Fin duvet sur les membres supérieurs, abondant sur les inférieurs.

18 *Janvier.* — L'enfant a un accès la nuit et un dans la journée. Elle est de plus en plus cachectisée ; la langue est sale, les lèvres fuligineuses. Il y a une dyspnée marquée. Les deux poumons sont remplis de râles sous-crépitants dans toute leur hauteur. — *Traitement* ; Antipyrine, cataplasmes sinapisés, vin de quinquina, œufs, poudre de viande.

19 *Janvier.* — Même état. 2 accès pendant la journée. L'enfant est pesée : 32 kg.

20 *Janvier*. — L'enfant a encore 2 accès dans la journée. Elle est de plus en plus faible, est très oppressée, refuse de rien prendre, dort sans cesse et se plaint en dormant.

Température de l'accès.

DATES.	Au moment du ronflement.	1/4 d'heure après l'accès.	2 h. après.	OBSERVATION.
30 août 1899...	37°,2	37°,1	36°,9	La température a été prise à la suite d'un vertige l'enfant n'ayant pas d'accès.
15 janv. 1900..	37°,3	37°,2	37°,	

21. — Même état. L'enfant digère difficilement le peu qu'elle prend ; elle tousse beaucoup, et est très oppressée. Sulfate de quinine, etc.

22. — Fièvre un peu moins élevée ; respiration plus facile.

23. — La fièvre est remontée ; l'oppression a reparu, 52 respirations à la minute. Pouls 144. Mêmes signes d'auscultation. L'enfant commence à gâter.

24 et 25. — Faiblesse et oppression croissantes. Gâtisme.

26. — *Apparition des règles*, qui sont extrêmement abondantes, mais ne durent qu'un jour. La fièvre atteint 40°,3. L'oppression et la faiblesse augmentent.

27. — L'enfant n'a pas dormi de la nuit, qui a été très mauvaise. L'état s'aggrave de plus en plus.

28. — La faiblesse et l'abattement sont extrêmes ; l'enfant reste immobile, couverte de sueur, la physionomie terreuse et violacée, l'haleine fétide, les dents serrées, la voix si faible qu'on ne peut la comprendre ; elle souffre de la tête, et ne peut prendre que quelques cuillerées de lait Elle reconnait sa mère et lui parle.

29. — La nuit se passe dans un état de prostration complète. L'enfant rend le dernier soupir à 4 heures du matin, sans cris ni râles, et sans secousses. La température, au moment de la mort, était de 41°,3. — La marche de la *température après la mort* a été la suivante:

		Temp. de la salle.
Au moment de la mort	41°,3	
1/4 d'heure après	40°	
1 heure après	39°	
2 heures après	38°,5	
3 heures après	37°	
4 heures après	35°	
7 heures après	20°	20°
8 heures après	19°	19°

Le *poids* après décès était de 26 kg.'500.

Autopsie, le 30 janvier à 10 heures du matin, soit 30 heures après le décès. — La *rigidité* du cadavre est plus prononcée du côté gauche que du côté droit paralysé.

COU, — Pas de persistance du *thymus*. *Corps thyroïde* normal. Rien au *larynx*.

THORAX. — La *plèvre droite* ne présente rien de particulier. La plèvre gauche présente des adhérences, qui cèdent facilement à la traction. — Les *poumons* sont entièrement farcis de *tubercules* ; le gauche est plus atteint que le droit, il est très friable. — Rien au *péricarde*, ni au cœur, pas de persistance du trou de Botal.

ABDOMEN. — Le *foie* est énorme, et gras ; il y a de la périhépatite du côté du diaphragme. — La *rate* est très grosse et très diffluente. — Le *péritoine* n'est pas altéré, sauf au niveau du foie. — Rien de particulier au *pancréas*. — Les *reins* sont énormes, et présentent à la coupe de nombreux petits *tubercules*. — Rien de particulier du côté des capsules surrénales. — Rien à la *vessie*. — *Utérus* petit ; ovaires et trompes peu développés ; en somme, *développement insuffisant des organes génitaux,* bien que l'enfant ait eu 8 fois ses règles. Les *glandes mammaires* ne sont pas développées.

Estomac très dilaté, ainsi que le cœcum et tout le gros intestin. *L'appendice* est gros, de la dimension d'un crayon ordinaire, et de 15 c. de longueur ; il remonte dans la fosse iliaque, maintenu contre la paroi par un repli péritonéal qui l'immobilise ; il ne présente pas de trace d'inflammation.

TÊTE. — *Cuir chevelu,* pâle et maigre. — *Crâne* : calotte

ovoïde. Le frontal droit est un peu plus saillant que le gauche, il en est de même de l'occipital droit. Les *os* sont peu durs. *Sur la coupe, le côté gauche est plus de moitié plus épais que le droit;* au palper, les os du côté gauche semblent partout plus épais qu'à droite. Les *sutures* persistent. Large plaque transparente au niveau de la fontanelle antérieure. — Peu de *liquide céphalo-rachidien.* — *Dure-mère :* pas d'épaississement. — L'*apophyse crista-galli est un peu déviée à gauche.* — La voûte orbitaire gauche, la fosse temporale du même côté sont un peu plus étroites qu'à droite. Pas de différence bien appréciable des fosses occipitales. — Les *nerfs olfactifs* paraissent égaux. — Le *nerf optique* et la *bandelette optique* gauches sont un peu plus petits qu'à droite. Il en est de même du *tu.ercule mamillaire gauche.* Le *pédoncule cérébral gauche* est plus petit et moins bombé que le droit. — L'*artère communicante postérieure gauche* est plus petite que la droite.

Glande pituitaire, plutôt petite. — La *glande pinéale* est un peu volumineuse et d'aspect un peu vitreux.

Hémisphère gauche. — La *pie-mère* est blanchâtre dans la plus grande partie de son étendue, avec une dilatation prononcée de tous les vaisseaux, et cela sur toute la surface convexe et la face interne. A la face interne la vascularisation est plus prononcée. La *pie-mère est épaissie* dans toute son étendue, elle s'enlève cependant très facilement, sans aucune adhérence. — *Tout l'hémisphère est le siège d'une atrophie très notable des circonvolutions*; l'atrophie prédonime au niveau du lobe frontal et du lobe occipital. — *Toutes les circonvolutions sont un peu indurées.* — Le plexus choroïde n'offre rien de particulier. (Pl. VI. et VII).

Hémisphère droit. — La *pie-mère* de la convexité de la partie moyenne est un peu épaissie. Aux extrémités de la face externe, la pie-mère est mince. Partout elle s'enlève facilement. — Au niveau de l'union du tiers supérieur de la F. A. avec son tiers moyen, la pie-mère présente une plaque de 12 millim. environ sur 10 millim. environ, offrant de la dureté et infiltrée de petites concrétions miliaires comme crétacées. — Les circonvolutions du lobe frontal sont un peu grêles. Les circonvolutions de la partie postérieure du lobe temporal et du pli courbe présentent un grand nombre de petits sillons superficiels. — Le *ventricule latéral*, la *couche optique*, le

corps strié et la *corne d'Ammon* n'offrent rien de particulier. D'une façon générale, les sillons sont plutôt peu profonds. (PL. VIII et IX.)

Le *corps strié gauche* est aplati et non bombé comme à droite, sa tête fait à peine une légère saillie sur la paroi du ventricule. Sa queue est presque tout à fait effacée. La *couche optique gauche* est moitié moins volumineuse que la droite.

Toutes les *circonvolutions à gauche*, comparées à celles de droite, sont moitié *plus denses*. Les circonvolutions ont une couleur blanchâtre à gauche, d'un gris rosé normal, à droite; leur volume est d'environ un tiers moindre à gauche qu'à droite. Par suite de l'*atrophie des circonvolutions à gauche*, de la *dilation du ventricule latéral gauche* (le v. L. *droit* est normal), et de ses cornes, la face interne de l'hémisphère cérébral gauche est affaissée. (PL. III.) *La moitié gauche de la protubérance* est *un peu moins large*. La *pyramide gauche* a une coloration grise. Le quatrième ventricule ne présente rien de particulier, sauf une petite dilatation vasculaire. — La pie-mère de la face convexe de l'hémisphère cérébelleux gauche présente, sur une étendue de 2 cent. sur 1 cent., une petite concrétion qui n'existe pas de l'autre côté.

Sclérose atrophique de l'hémisphère gauche, généralisée. Méningite chronique du même hémisphère. Épaississement de la pie-mère droite. Indurations crétacées d'un fragment de la pie-mère cérébrale et cérébelleuse à droite. Épaississement notable du crâne à gauche. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux de 200 gr.. Pas de granulations tuberculeuses.

On a prélevé à droite et à gauche des morceaux du biceps crural et du nerf sciatique, qui n'offrent pas entre eux de différence appréciable, bien que l'enfant soit *hémiplégique*.

Poids des organes

Encéphale	1142 gr.
Hémisphère cérébral droit	580 —
— — gauche	380 —
Cerveau	960 —
Hémisphère cérébelleux droit	72 —
— — gauche	80 —
Bulbe et protubérance	25 — (1)
Cervelet et isthme	175 —

(1) La moelle a été coupée un peu bas, ce qui diminue son poids et augmente celui de l'isthme.

Moelle épinière	40 gr.
Corps thyroïde	10 —
Cœur	170 —
Poumon droit	570 —
— gauche	530 —
Foie	1240 —
Rate	210 —
Rein droit	145 —
Rein gauche	150 —
Pancréas	80 —

RÉFLEXIONS. — I. Pas de tare névropathique héréditaire, en dehors de la mère sujette à des *céphalalgies*, et d'un cousin-germain *bègue*. Pas non plus d'alcoolisme dans les ascendants. — Rien d'anormal dans la grossesse et l'accouchement. — Le développement de l'enfant s'est d'ailleurs fait normalement, sauf en ce qui concerne la parole, apparue seulement à l'âge de 4 ans.

II. A 6 mois, l'enfant, qui semblait normale, a, sans cause connue, une *première attaque de convulsions*, ou plutôt un véritable *état de mal*, localisé à *droite*, et persistant pendant huit heures ; à la suite, s'installe l'*hémi-parésie droite*. — A 10 mois, *second état de mal*, identique au premier quant à la localisation et à sa durée, à la suite duquel la *marche*, qui avait débuté depuis un mois, cesse pour ne plus reparaître qu'à 14 mois. A partir de ce moment jusqu'à 2 ans, semblables attaques convulsives tous les six mois. Puis, répit de quatorze mois, et enfin apparition des accès tous les mois jusqu'à 7 ans. Depuis l'âge de 7 ans jusqu'à l'entrée de l'enfant à la Fondation, à 8 ans et 4 mois, répétition des accès deux ou trois fois par jour. Après le premier état de mal, comme après tous les autres jusqu'à l'âge de 4 ans, les parents avaient noté un obscurcissement de l'intelligence, mais celle-ci ne se serait plus modifiée depuis l'âge de 4 ans.

III. A partir de l'entrée de l'enfant à la Fondation,

on constate qu'il s'agit, non d'accès mais de vertiges sans cri, bave, ni évacuation involontaire, mais avec chute, le corps tourné à droite, et rigidité générale. Sous l'influence du traitement, ces vertiges diminuent d'abord. Mais bientôt de véritables accès s'y adjoignent, et leur nombre augmente ensuite, pour subir dès lors des fluctuations fréquentes, aussi bien que celui des accès. Une légère amélioration se manifeste d'abord au point de vue de l'intelligence, mais bientôt celle-ci reste stationnaire, et enfin diminue tandis que d'autre part le caractère se modifie, l'enfant devenant sournoise, maussade, voleuse. Peu à peu, *les accès laissent après eux un abattement de plus en plus grand et prolongé*, et bien que les vertiges disparaissent tout à fait durant les quatre derniers mois de la vie, l'enfant marchait de plus en plus vers la déchéance, lorqu'elle fut emportée par la tuberculose pulmonaire.

Le *caractère*, déjà peu expansif à l'entrée, est devenu de plus en plus sournois,; de douce, calme qu'elle était, T... est devenue irritable, violente. Les facultés morales se sont perverties, la manie du vol s'est accusée progressivement. Le travail scolaire qui avait été productif est devenu stationnaire, puis a diminué ; l'écriture, qui s'était améliorée (1899-1900), est devenue assez rapidement défectueuse (fév. 1901-oct. 1903) ; après avoir gagné lentement, en 1901-1902, des notions de calcul (4 opérations), T... a offert des oscillations s'accentuant vers la perte de ces notions. Ce cas confirme ce que nous avons dit à savoir que les épileptiques qui tombent en déchéance perdent plus vite le calcul et l'écriture que la lecture (1) qui n'avait pas encore été sérieusement altérée. (A revoir).

(1) Nos malades apprennent plus facilement à écrire qu'à lire.

IV. La *puberté* n'a pas eu une évolution régulière. Les règles ont paru alors que le système pileux était presque nul et que les seins étaient à peine naissants. Les premières règles apparues, les seins et le système pileux génital se sont développés. Les règles ont toujours été irrégulières, ce qu'explique d'ailleurs l'évolution de la *tuberculose* (1).

V. L'*autopsie* a décelé une *tuberculose généralisée* des deux poumons et aussi des *reins*. Du côté du crâne, on constate : une légère plagiocéphalie (la moitié droite plus saillante en avant, et un peu, aussi, en arrière), la persistance des sutures, et surtout une beaucoup plus *grande épaisseur des os à gauche*. L'*encéphale* présente une très-grande *inégalité de poids des hémisphéres cérébraux*, le gauche pesant 200 gr. de moins que le droit. Cette inégalité de poids est due à une *sclérose atrophique généralisée de l'hémisphère gauche* : les circonvolutions, nettement dessinées, sont blanchâtres, indurées, moitié plus denses qu'à droite ; leur atrophie, très-notable, prédomine sur le lobe frontal et le lobe occipital. Il y a également, à *gauche*, mais moins marquée, diminution de volume du nerf optique, de la bandelette optique, du tubercule mamillaire, du pédoncule cérébral, du corps strié, de la couche optique et de la moitié de la protubérance. D'autre part, l'hémisphère gauche présente des lésions de *méningite chronique*. — L'*hémisphère droit* offre seulement à noter : un épaississement léger de la pie-mère sur la partie moyenne de la convexité, avec une petite plaque dure

(1) On trouvera dans les observations de nos *Comptes-rendus* de nombreux détails sur l'évolution de la *puberté* chez les enfants idiots de tous les degrés et chez les enfants épileptiques.

et comme crétacée sur la F. A. et une légère gracilité des circonvolutions frontales. — Le *cervelet*, comme le cerveau, présente une inégalité des hémisphères, inégalité de 8 gr. en faveur de l'hémisphère gauche, croisée, par conséquent, par rapport à l'inégalité cérébrale.

VI. Il s'agissait, en somme, d'une *épilepsie partielle* à forme *hémiplégique*, due à une *sclérose atrophique* et à une *méningite chronique* de l'hémisphère cérébral gauche. Cette épilepsie, semble en raison de la fréquence des vertiges et de la tendance à la déchéance, avoir été liée aux lésions de méningite plutôt qu'à la sclérose cérébrale. — La sclérose atrophique avait déterminé une inégalité de poids considérable des hémisphères cérébraux. Et cette inégalité avait entrainé à son tour, pour combler l'espace laissé libre de ce fait, un épaississement considérable de la calotte crânienne du côté de la lésion cérébrale, sans qu'il y ait eu, d'ailleurs, augmentation de la quantité du liquide céphalo-rachidien (?), bien qu'il y eût une notable *dilatation du ventricule latéral*, ainsi que cela arrive souvent dans les cas analogues et que l'on peut vérifier en comparant la face iuterne des deux hémisphères cérébraux. (Pl. VII et IX.)

Avec l'*inégalité de poids des hémisphères cérébraux*, coïncidait une *inégalité de poids des hémisphères cérébelleux* ; on sait, par les statistiques publiées à diverses reprises dans les *Comptes-rendus* de la section des enfants, que dans les cas d'inégalité cérébrale cette coïncidence est un peu plus fréquente que l'égalité cérébelleuse. Enfin, l'*inégalité cérébelleuse était croisée* par rapport à l'inégalité cérébrale ; les mêmes statistiques ont montré qu'il en est ainsi le plus souvent dans ces cas de double inégalité. (Voir plus loin le relevé de ces lésions).

VII. Dans les cas, comme celui-ci, où existe le syndrome : *Imbécillité, hémiplégie, épilepsie,* succédant à un *état de mal convulsif* de la première enfance, moins souvent de la seconde, et dû à une



Fig. 58. — Tar... à 8 ans (1899). | *Fig.* 59. — Tar... à 12 ans (1903).

encéphalite pour résumer tout d'un mot, l'*intelligence* ainsi que nous l'avons encore fait remarquer dans l'obs. de Ham.... (1), reste ce qu'elle était après la

(1) Voir cette observation à la page 249.

guérison de l'état de mal convulsif ou même s'améliorer notablement sous l'influence du traitement médico-pédagogique.

L'*épilepsie* est constituée surtout par des *accès* se présentant sous forme de *séries*, quelquefois d'*état de mal*, mais si le malade ne succombe pas dans cette complication si grave, on voit les accès s'éloigner et enfin disparaitre et si les facultés intellectuelles se sont développées, en d'autres termes si le malade est capable de se conduire régulièrement, il peut passer, comme infirme (hémiplégie) dans l'une des divisions de l'hospice.

En pareil cas, les *accès* ne sont pas suivis d'hébétude, de sommeil prolongé, deux symptômes qui, dans l'épilepsie ordinaire sont, en général, les avant-coureurs de la *démence épileptique*. Le malade revient vite à la connaissance. Les facultés se conservent. Le caractère n'est pas irritable. Les vertiges sont très rares ou absents. La physionomie est naturelle et n'offre pas l'aspect de celle de l'épileptique vulgaire.

Toute autre est la destinée de l'épileptique hémiplégique dont le syndrome : arrêt de développement de l'intelligence, hémiplégie, épilepsie, est dû à une *méningo-encéphalite* limitée à l'un des hémisphères cérébraux ou prédomine à un degré prononcé sur l'un des hémisphères ou encore, et c'est ici le cas, quand, à une lésion en foyer ou à une *sclérose atrophique*, s'ajoute une *méningite chronique*. Alors, comme chez Tard...., les accès s'accompagnent d'*hébétude*, de *vertiges* nombreux, la *physionomie* s'altère, l'attitude se modifie en mal, le corps s'affaisse, s'incline du côté paralysé ainsi que le mettent nettement en évidence les *fig.* 58, 59. Le caractère devient irritable, sournois, se pervertit (Tard... est devenue voleuse) ; il

survient des impulsions dangereuses, l'intelligence diminue (1), en un mot, l'*épileptique hémiplégique par méningo-encéphalite* ou par *méningite chronique*, exemple Tard..., est en tout semblable à l'épileptique ordinaire qui marche vers la démence.

Les considérations qui précèdent, les comparaisons que nous venons de faire montrent l'*intérêt pratique* des cas de ce genre au point de vue du *diagnostic* et du *pronostic* et leur connaissance est de nature à rendre service, non seulement aux neurologistes, mais encore à tous les médecins.

IV.

Action de l'alcoolisme sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie ;

PAR BOURNEVILLE.

Aux 2.846 cas relevés dans notre statistique de l'an dernier, nous ajouterons les 141 entrées de cette année (84 garçons et 57 filles), soit un total de 2.987.

Tableau statistique sur l'alcoolisme.

	GARÇONS.	FILLES.	TOTAUX.	
Les pères de...	873	196	1069	faisaient des excès de boisson.
Les mères de...	73	18	91	—
Les pères et mères de..........	35	12	47	—
Pour...........	358	132	490	nous n'avons pas de renseignements.
Les pères et mères de...........	993	297	1290	étaient sobres.
Totaux.........	2332	655	2987	

Le tableau ci-dessus résume la situation des pères et

mères de tous ces enfants sous le rapport des *excès alcooliques* et permet d'avoir, d'un coup d'œil, une idée exacte du rôle considérable que joue l'*alcoolisme* dans la *production* de *l'idiotie* et de l'*épilepsie*.

En outre la *conception durant l'ivresse* du père ou de la mère a été relevée chez 275 malades et la conception probable chez 114 malades, soit si nous comptons ces derniers, 13 0/0 d'enfants conçus dans l'ivresse, non compris les 490 sur lesquels nous n'avons aucun renseignement précis sur la conception. Le pourcentage dans ces diverses catégories nous fournit les chiffres suivants :

35, 8 0/0 des pères font des excès de boisson.
3 0/0 des mères —
1, 5 0/0 des pères et mères. —

Soit 40, 4 0/0 des parents faisant des excès de boisson et 43, 1 0/0 de parents sobres. Ces chiffres par leur triste éloquence se passent de tous commentaires.

V.

Sur les modifications craniennes consécutives aux atrophies cérébrales unilatérales.

(*Hémiplégie infantile*).

PAR G. PAUL-BONCOUR

Dans les encéphalopathies infantiles, l'état du crâne ne doit pas rester inaperçu : il n'est jamais indifférent d'essayer d'établir les rapports qui existent entre le crâne et le cerveau et de déterminer l'influence que le contenant peut exercer sur le contenu ou réciproquement.

Personne ne met en doute que ces rapports ne soient étroits, mais quelle en est la nature ? Quel en est le degré ? Quelle est celle des deux parties dont l'action est prépondérante ? Autant de questions, dont on se préoccupe rarement : peut-être en raison de leur aridité ou de leur complexité, peut-être aussi parce que leur utilité est ignorée.

Il est un fait que l'étude de la craniologie a mis en évidence : la boîte cranienne à l'état normal permet au cerveau de prendre le développement dont il a besoin. On doit même ajouter que le contenu peut prendre un développement exagéré (par exemple dans l'hydrocéphalie,) sans que le contenant, c'est-à-dire l'enveloppe osseuse, ne cesse de s'adapter à cette pression intra-cranienne anormale. D'ailleurs, sans avoir recours à des exemples pathologiques, n'est-il pas prouvé que la persistance de la suture métopique est en relation avec une augmentation normale du volume

cérébral[1]. Le crâne par cette anomalie continue à remplir son rôle protecteur sans apporter aucune entrave à la croissance des centres nerveux. Que devient cette loi dans les cas pathologiques?

Si une suture prématurément synostosée s'oppose à la croissance d'un cerveau sain, ce dernier éprouvera quelque gêne, mais malgré tout, à moins que toutes les sutures ne soient synostosées, le cerveau pourra acquérir un développement normal. Les circonvolutions seront tassées les unes contre les autres, l'endocrâne en présentera les traces, mais grâce à une dilatation compensatrice,le développement encéphalique se fera dans une direction opposée et le résultat sera une déformation cranienne ; mais remarquons-le, cette déformation est la preuve de l'adaptation de la boite cranienne à la pression interne. Nous jugeons inutile d'entrer dans de longues explications concernant le mécanisme des déformations consécutives à la synostose prématurée d'une ou plusieurs sutures, nous renvoyons à une communication que nous avons faite récemment à la Société d'Anthropologie « sur la morphologie cranienne dans ses rapports avec les états pathologiques du cerveau[2] ». Nous avons présenté des pièces et démontré le soin avec lequel il est nécessaire et d'étudier et d'interpréter les faits.

Ce qu'il importe de savoir c'est que seul un cas de synostose complète et prématurée du crâne est de nature à s'opposer au développement d'un cerveau sain. Le cas doit être rare, car ainsi que nous le faisions remarquer antérieurement dans un mémoire sur *Le crâne dans les idioties*[3] », sur 625 crânes recueillis au musée de Bicêtre, nous n'avons relevé qu'un seul cas de synostose complète et encore le cerveau qui y était renfermé présentait des lésions qui s'opposaient à son développement tout autant que l'inextensibilité de la boite osseuse.

Si au contraire les sutures restant libres, il existe un cerveau qui ne se développe pas, qu'adviendra-t-il? Ce n'est

[1] Papillault. — *Suture métopique* (*Mémoires de la Société d'Anthropologie*, 1896).

[2] *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 1902, page 35.

[3] Bourneville. — *Recherches sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, compte rendu de Bicêtre pour 1901, page 193.

pas une hypothèse, et le fait se présente constamment : un petit cerveau s'accompagne d'un petit crâne ; tous les cas de microcéphalie en sont la démonstration.

Quelle que soit la cause première de l'arrêt de développement des centres nerveux, le forme cranienne n'est-elle même que l'expression de cet arrêt de développement. C'est la persistance d'un état cranien infantile, dont l'étrangeté tient souvent au défaut de proportion qui existe entre le corps et la tête. La microcéphalie [1] peut s'accompagner d'un arrêt général de la croissance, constituant alors une variété de nanisme, mais elle peut aussi surmonter un corps relativement développé et, dans tous les cas, l'étude du crâne qui en a été faite est démonstrative : la forme, la disposition des parties osseuses, la valeur des angles pétro-clivien, inio-clivien, clivo-horizontal, basilaire, indiquant l'inclinaison de certaines portions craniennes par rapport à l'horizontale, traduisent mathématiquement un retard de croissance.

On nous objectera peut-être que certains caractères ne sont pas le fait de la persistance d'un état infantile : l'épaisseur des parois craniennes, par exemple, si remarquable chez certains microcéphales !! C'est une preuve, au contraire, et une preuve éclatante de l'origine centrale de la microcéphalie.

Le cerveau atrophié ne se dilate pas et par suite ne dilate pas la cavité cranienne, mais en même temps il n'exerce aucune pression sur l'endocrâne ; aussi le tissu osseux parfaitement sain continue à s'accroître. La croissance interstitielle des parois craniennes n'est pas limitée par la pression intra-cranienne, de là son épaisseur parfois inusitée. Ainsi que nous l'avons écrit antérieurement et ainsi que M. Bourneville en a relaté de nombreux exemples, dans tous les cas où un hémisphère est atrophié, la paroi correspondante est augmentée d'épaisseur [2]. Cette particularité est en relation avec cette loi que partout où la pression est

[1] M. Manouvrier a donné des explications anthropologiques au sujet de la microcéphalie accompagnée ou non de nanisme que nous conseillons de consulter pour comprendre tous ces rapports. *Nanisme in Société d'Anthropologie*, 16 avril 1896.

[2] *Le crâne dans les idioties.*

augmentée, l'os tend à s'amincir (et dans l'hydrocéphalie où elle est à son maximum on a, en effet, des parois extrêmement minces) et que là où la pression diminue la paroi s'épaissit.

La *figure* 1 et les Pl. I et II donnent un exemple frappant de cette modification de la pression intracranienne au niveau de la loge frontale. Le cerveau de Vey... avait une atrophie double de la partie antérieure des lobes frontaux : il en était donc résulté une diminution de pression dans la loge antérieure et conformément à la loi sus-énoncée, *l'os frontal s'est épaissi* ainsi que l'indique la *figure* 8, où l'on voit la coupe de cet os.

Dans la microcéphalie où la pression est extrêmement faible, puisque la masse entière est frappée d'un arrêt de croissance, l'épaisseur des parois peut être considérable. L'ossification ayant lieu librement, il en résulte un envahissement des sutures d'autant plus aisé que l'expansion cérébrale absente ne s'oppose pas à leur occlusion. Dans ces cas la synostose totale ou très avancée, d'ailleurs extrêmement rare, n'est donc que secondaire et nullement la cause de l'atrophie cérébrale.

Ce qui est vrai pour les cas de microcéphalie l'est également pour les cas où le cerveau est atteint d'un retard peu prononcé de développement.

Si on compare les crânes des idiots à des crânes de sujets normaux, on constate une diminution des diamètres craniens, mais de plus on remarque, et c'est là un fait encore plus intéressant car il en donne la raison, un certain nombre de caractères en rapport avec un stade du développement cranien nullement approprié à l'âge et à la taille du sujet[1]. On dit que le crâne présente quelques caractères infantiles, c'est très juste car tout n'est pas enfantin, la croissance générale ayant continué et atténué certains de ces caractères. L'épaisseur des parois, par exemple, ou encore l'ossification de certaines sutures sont la preuve de la dysharmonie que nous signalons.

[1] Nous avons insisté dans notre mémoire *Le Crâne dans les Idioties*, sur le défaut d'expansion cérébrale en vertu duquel les déformations sont peu accentuées chez les idiots en comparaison de leur nombre. C'est toujours la même cause qui est en jeu (comme pour la diminution des diamètres) : le retard de développement.

Nous pensons que ces explications donnent entière satisfaction, mais en cas qu'il y ait malgré tout des incrédules, nous allons ajouter les observations suivantes qui sont encore plus démonstratives car elles reposent sur des cas ayant la valeur de véritables expériences réalisées par un processus morbide.

Nos observations portent sur les crânes de sujets porteurs d'hémisphères de poids et de volumes différents par suite de la sclérose atrophique de l'un d'eux.

Leur juxtaposition a amené dans la partie du crâne correspondant à chacun d'eux des différences bien accusées : d'une part un hémicrane normal, de l'autre un hémicrâne moins développé, autant de variations qui démontrent que le crâne s'est adapté de part et d'autre à sa fonction.

Toutes les parties de la boîte cranienne sont loin d'être également influencées. La surface extérieure ne présente souvent rien de remarquable, tandis que l'endocrâne subit des modifications fort appréciables. Mais sur ce dernier encore, l'influence cérébrale s'exerce inégalement : alors que la base cranienne subit des transformations accentuées, le reste de la surface est peu modifié.

Cela s'explique aisément : plongé dans le liquide céphalo-rachidien le cerveau en raison de son poids exerce une action directe sur la surface inférieure de l'enveloppe cranienne ; que ce poids subisse des variations, la base cranienne présentera des variations parallèles.

Nous sommes informés, grâce à des recherches craniologiques patientes, qu'au cours de la croissance, la tête subit de nombreuses transformations. Les caractères morphologiques d'un crâne de fœtus diffèrent essentiellement de ceux d'un crâne adulte ; ils sont cependant reliés les uns aux autres et leur apparition n'est pas spontanée mais le résultat d'une multitude de phénomènes mécaniques, chimiques et même pathologiques. Comme l'a écrit le Dr Papillault, un caractère morphologique porte l'empreinte de chacun de ces phénomènes, même des plus fugitifs [1].

Mais il est non moins évident que cette trace sera d'autant plus profonde que le phénomène aura agi plus longtemps et

[1] *Etude morphologique de la base du crâne* (1898). *Société d'Anthropologie.*

plus fortement. La portion cranienne répondant à l'hémisphère malade présentera donc un retard si on le compare à la partie adjacente donnant asile à un hémisphère sain. L'une comme l'autre n'auront fait que s'adapter au poids et au volume de la masse encéphalique qu'ils supportent.

Il est facile d'apprécier par une simple inspection le moindre développement de certaines parties osseuses du côté malade (diminution de la fosse cérébrale moyenne par exemple), l'asymétrie de la base cranienne, la scoliose de la partie médiane de la base, mais cela ne donne aucune notion précise de l'affaissement en masse de la base (effet direct du poids cérébral) et de ses différences.

Pour les mettre en évidence, nous avons agi avec nos crânes comme nous l'avions fait avec un crâne de myxœdémateux au sujet duquel nous avons publié récemment quelques réflexions concernant les déformations de la base dans les *Archives de Neurologie*[1]. Les crânes ont été dessinés au stéréographe, puis dans le but de connaître la différence des angles faits par chacune des voûtes orbitaires et chacun des rochers avec une ligne commune et nullement influencée par les variations du poids encéphalique. Nous avons :

1° Mesuré l'angle formé par la rencontre de la ligne suivant la direction de la voûte orbitaire avec le plan horizontal de la tête établi par Broca, plan passant par le centre des orbites et le trou optique.

2° Mesuré l'angle existant entre la ligne suivant la crête de la pyramide pétreuse du rocher et le clivus (plan de la face supérieure de l'apophyse basilaire).

Voici les valeurs de l'angle orbito-horizontal :

Côté sain.	Côté malade.
147°	136°
150°	142°
143°	135°
148°	139°
147°	137°
143°	134°

Nous ne faisons pas figurer sur ce tableau d'une part les crânes chez lesquels la différence des hémisphères était

[1] *Archives de Neurologie*, août 1903 et *Compte rendu de Bicêtre* pour 1902.

peu accentuée d'autre part ceux qui appartenaient à des sujets peu avancés en âge. Dans le premier cas la base cranienne a été insuffisamment impressionnée et les mensurations ne sauraient traduire un arrêt de développement minime.

Dans le second cas, les inclinaisons diffèrent trop peu pour avoir une valeur réelle ; mais alors ce n'est pas l'insignifiance de l'arrêt de développement qui est en cause, c'est le stade peu avancé de la croissance de l'hémisphère sain qui rétablit l'égalité. Si l'enfant eût survécu, les différences d'inclinaison se fussent accusées au fur et à mesure de l'augmentation de poids.

L'inclinaison du rocher est indiquée dans le tableau suivant qui donne l'angle pétroclivien.

Côté sain.	Côté malade.
51°	62°
55°	64°
59°	70°
60°	64°
57°	65°
55°	63°

Nous constatons donc l'inclinaison moindre du rocher placé du côté malade. Il a eu un poids moindre à supporter et son inclinaison rappelle celle qu'on observe chez un enfant nouveau-né ou un fœtus.

Chez le nouveau-né :	64°
Chez le fœtus:	65°2

On remarquera un angle de 70° qui ne se rencontre que chez les microcéphales : moyenne = 71°.

Au contraire, le côté sain se maintient dans les limites observées chez un individu normal = 50° à 60°.

Nous avons éliminé un crâne de rachitique sur lequel les différences angulaires étaient insignifiantes malgré la différence des poids.

La faiblesse osseuse ayant permis un véritable effondrement de la base sans rapport avec le poids des hémisphères, les chiffres sont au-dessous de la moyenne. Nous avons donné récemment un exemple frappant de ce que peut être l'aplatissement d'une base cranienne dans le cas de faiblesse du

tissu osseux [1]; c'était un myxœdémateux, chez lequel l'orifice externe du conduit auditif et le basion (bord antérieur du trou occipital) normalement à un niveau différent se trouvaient sur un même plan.

Nous allons maintenant signaler quelques variations morphologiques résultant de l'inégalité de volume des hémisphères. Une première modification qui apparaît, consiste dans la déviation, la scoliose de la partie médiane de la base cranienne depuis le corps du sphénoïde jusques et y compris la crête endofrontale. L'apophyse crista-galli est plus ou moins déviée vers le côté malade. Dans notre mémoire « Le Crâne dans les Idioties », nous avons déjà attiré l'attention sur cette anomalie en faisant remarquer d'ailleurs que depuis de longues années M. Bourneville [2] l'avait notée dans toutes les descriptions relatives aux nécropsies s'accompagnant d'hémiatrophies cérébrales.

Sa genèse est simple : lorsque les deux hémisphères se développent également et simultanément, la pression supportée par l'apophyse crista-galli sur ses deux faces est identique. Qu'un des hémisphères s'atrophie et cesse de se développer, qu'arrive-t-il? Le demi-cerveau sain exerce sa pression d'une part sur la paroi résistante de la voûte cranienne correspondant à sa face externe, d'autre part, sur la paroi dépressible formée par la faux du cerveau et la lame mince recouvrant le tissu spongieux de l'apophyse crista-galli. Mais toute cette paroi interne se laisse déprimer par la pression normale de l'hémisphère sain, qui n'est pas contrebalancée par une pression en sens contraire. L'hémisphère au cours de sa naissance agrandit donc sa loge aux dépens de la loge de l'hémisphère opposé.

Les déformations de l'apophyse sont les suivantes : elle est plus ou moins renversée. La face répondant au côté sain est aplatie et lisse, la face opposée est bombée et renflée; ces aspects sont à rapprocher de ceux qui se retrouvent sur les

[1] *Archives de Neurologie*, 1903 et *Comptes rendus de Bicêtre*, 1903; Paul-Boncour : *Mécanisme de quelques déformations craniennes dans le myxœdème* (*Société d'Anthropologie*, 18 juin 1903).

[2] M. Regnault (*Compte rendu de l'Association des anatomistes*, 1901) et M. Ledouble (*Traité des variations des os du crâne*), rattachent également la déviation de l'apophyse à l'inégalité de volume des hémisphères.

crânes normaux à différents âges : sur un crâne d'adulte l'apophyse crista-galli est généralement mince et aplatie sur ses deux faces : sur un crâne de fœtus, elle est, la plupart du temps, plus ou moins renflée.

Dans nos cas, un côté rappelle donc l'aspect normal, tandis que sur le côté opposé on constate la persistance de la forme fœtale. Le renversement parfois complet est l'exagération d'un mécanisme normal, due à une inégalité de pression pathologique.

Ajoutons pour aider à la compréhension de ces formes :

1° Que sur un certain nombre de crânes ayant appartenu à des microcéphales, nous avons constaté l'aspect renflé en totalité, ce qui n'a rien d'étonnant puisque l'absence de pression est générale[1].

2° Que les hémiplégiques, décédés en bas âge, ne présentent pas de déviation de l'apophyse, ou ils n'en présentent qu'une très minime puisque l'hémisphère sain n'a pas eu le temps ou mieux le besoin d'agrandir sa loge.

Une autre conséquence de la déviation de l'apophyse crista-galli est la diminution de largeur de la fosse ethmoïdale répondant au côté malade. En même temps que l'apophyse est repoussée, la partie sous-jacente, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, dont elle n'est que le prolongement la suit dans ce mouvement d'où la déviation de cette portion facile à voir lorsqu'on regarde par l'ouverture antérieure des fosses nasales ; d'où aussi le rétrécissement de la fosse ethmoïdale.

Enfin, à la partie antérieure, la crête endofrontale est repoussée du côté malade, si bien que la partie médiane de l'os frontal considéré par la face externe ne répond en rien à la saillie de cette crête osseuse interne.

La différence de pression a amené également une asymétrie du corps du sphénoïde. Les deux versants latéraux qui se continuent avec la face supérieure des grandes ailes ont des inclinaisons différentes ; le versant contribuant à former la loge de l'hémisphère sain est beaucoup plus oblique que celui du côté opposé : il tend à la verticalité. La pression plus forte a modifié aisément le corps de l'os creusé de sinus et amené

[1] Nous l'avons aussi constaté sur les crânes ayant donné asile à une porencéphalie double.

un aspect normal, tandis que du côté répondant à une moindre pression on a un aspect qui serait normal si le sujet était encore en bas âge. Par suite de cet aplatissement le niveau de la naissance de la grande aile, est plus inférieur.

Nous connaissons déjà un certain nombre des phénomènes au moyen desquels la partie saine du cerveau a agrandi sa loge et rendu apparent l'arrêt de développement de la portion osseuse renfermant l'hémisphère malade.

En voici quelques autres : l'expansion cérébrale s'étant faite dans tous les sens au niveau de la loge moyenne, la partie antérieure du lobe temporal qui s'introduit sous la petite aile du sphénoïde, a légèrement repoussé en avant la grande aile : aussi l'excavation destinée à recevoir le bec de cette circonvolution a un développement notablement supérieur du côté sain ; il est parfaitement appréciable à la vue.

En arrière la pression cérébrale a produit un véritable renversement du bord supérieur du rocher en même temps qu'un léger tassement de cet os (nous parlons toujours par comparaison avec le côté malade). Sur certains crânes même, l'orifice interne du conduit auditif n'est pas aussi régulièrement arrondi du côté sain. Nous avons d'ailleurs noté le fait pour certains trous optiques.

Si on calcule l'angle que fait la ligne du rocher avec la ligue médiane horizontale, on constate qu'il est plus petit du côté sain, l'os ayant été repoussé vers la partie postérieure par suite de l'expansion du cerveau. Voici les angles obtenus :

Côté sain.	Côté malade.
—	—
51°	58°
55°	60°
53°	55°
60°	66°
58°	60°
50°	54°

Le déplacement en arrière du rocher est d'autant plus facile qu'aucune pression ne s'y est opposée ; dans nos hémiplégies infantiles, le cervelet présentait une atrophie croisée, c'est-à-dire qu'à l'hémisphère sain correspondait un hémisphère

cérébelleux atrophié : les rapports de ce dernier avec la face postérieure du rocher indiquent donc bien que la résistance a été minime[1].

Les moyens d'agrandissement de la loge antérieure nous sont connus : inclinaison de la voûte orbitaire, déviation de l'apophyse crista-galli et rétrécissement de la fosse ethmoïdale, déviation de la crête endofrontale.

Au niveau de la voûte orbitaire on observe une autre différence entre les deux côtés. Tandis que du côté sain il y a des impressions digitales profondes et des éminences papillaires élevées, du côté malade l'aspect est plus lisse. C'est un effet de cette loi que nous avons signalée plus haut, que partout où la pression diminue la paroi s'épaissit là où elle est augmentée l'os s'amincit.

Aux circonvolutions les plus pesantes, correspondent des cavités plus profondes, mais au niveau des sillons qui les séparent, la pression est nulle et la prolifération osseuse se faisant librement vient combler le vide qui en résulte. Du côté malade le cerveau appuie moins sur la voûte orbitaire, et de plus en raison de la sclérose qui l'atteint et qui ratatine les circonvolutions, en raison des épaississements méningés qui sont fréquents, il n'y a pas des intervalles aussi accentués et les crêtes osseuses n'ont pu s'y insinuer.

Ce n'est donc pas, comme certains cliniciens l'ont dit sans réflexion, parce que le cerveau exerce une action trophique directe sur l'os qui le recouvre (ce qui dans le cas d'atrophie de cet organe, entraînerait une atrophie des crêtes osseuses observées normalement) que l'on observe les variations précédentes.

Si on considère la voûte cranienne, on s'aperçoit du reste

[1] L'inégalité croisée n'est pas absolue, quelquefois les hémisphères cérébelleux sont égaux ; d'autres fois, plus rares, l'atrophie cérébelleuse existe du même côté que l'atrophie cérébrale. Enfin, souvent, tandis que les hémisphères cérébraux sont inégaux, les hémisphères cérébelleux sont égaux. C'est, au moins, ce qui ressort du tableau sur l'*Inégalité des hémisphères cérébraux et cérébelleux*, comprenant 90 cas que nous avons publiés dans notre *Compte rendu* de 1902 (p. 265-273). Voici d'ailleurs les chiffres : Inégalité croisée, 37 ; — inégalité du même côté, 7 ; — égalité (des hémisphères cérébelleux), 45. — Nous profitons de l'occasion pour signaler une erreur typographique : à la page 27, il faut intervertir les lettres G et D. BOURNEVILLE.

que l'épaisseur de la paroi est plus grande du côté malade. Pourquoi cet aspect ?

Parce que, comme nous l'avons dit, la pression à ce niveau est moindre. Toutefois, remarquons-le, la différence d'épais-



Fig. 60. — Coupe de crâne de Vey... (hauteur réelle 14 ; largeur 13).

seur est peu marquée dans certains cas et nullement comparable à celle qui accompagne les scléroses totales de l'encéphale (microcéphalie). Il y a une dernière cause qui doit entrer en ligne de compte : l'inflammation méningée.

Etant donnés les rapports des membranes avec l'endocrâne

cela n'a rien d'étonnant. Mais dans quelle mesure cette inflammation exerce-t-elle son action sur la croissance de

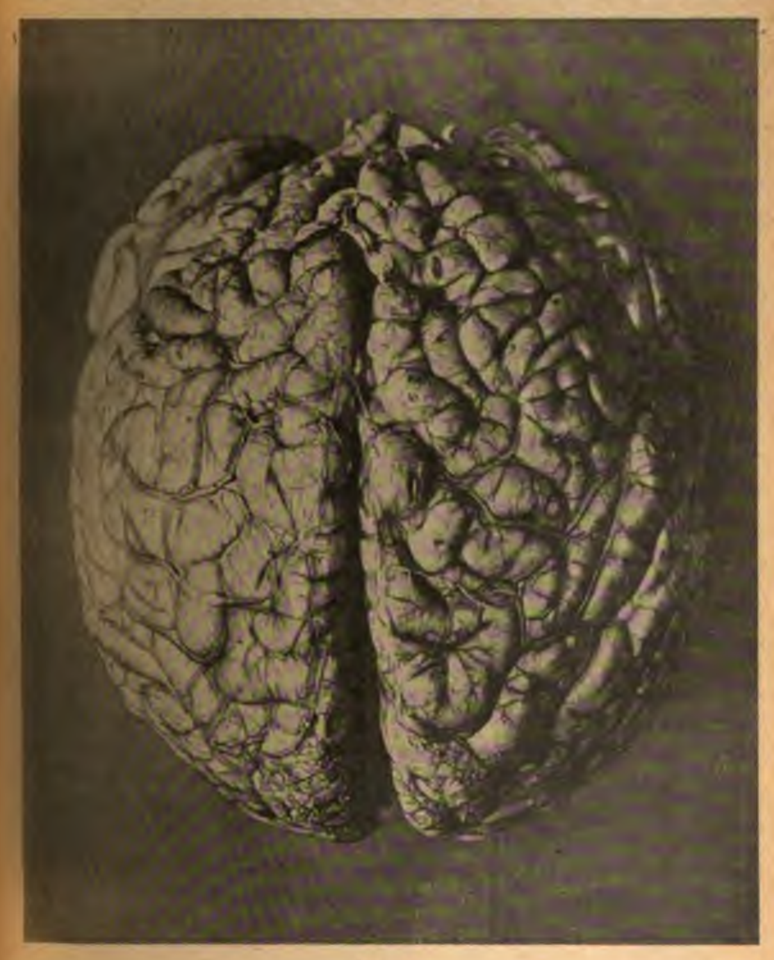


Fig. 61.

l'os ? Ce sont là des phénomènes complexes sur lesquels nous ne voulons pas nous prononcer définitivement. En effet, si nous avons des crânes où l'inflammation ne paraît pas avoir

influencé, l'augmentation d'épaisseur (le processus inflammatoire ayant été localisé à la partie postérieure du cerveau



Fig. 62.

et la région frontale ayant néanmoins un épaississement notable), nous avons aussi d'autres cas où la réalité de cette action est hors de doute, par exemple le cas de R.... chez lequel l'atrophie des lobes frontaux a laissé un large

espace rétro-frontal où des proliférations osseuses en forme de lamelles constituaient une croissance osseuse anormale et nettement d'origine inflammatoire.



Fig. 63.

Sur les *fig.* 60, 61 et 62, on voit l'atrophie de la partie antérieure du cerveau; sur la *fig.* 63 où est représentée la coupe du crâne, on remarquera les saillies placées à la face interne du frontal, qui sont en forme de lamelles ayant jusqu'à 2 centimètres de hauteur. Sur la *fig.* 64, on voit une anomalie assez curieuse, l'*agrandisse-*

ment des trous pariétaux. Nous la signalons non seulement en raison de sa rareté, mais aussi parce que nous pensons qu'elle est, comme les proliférations osseuses endofrontales le résultat de

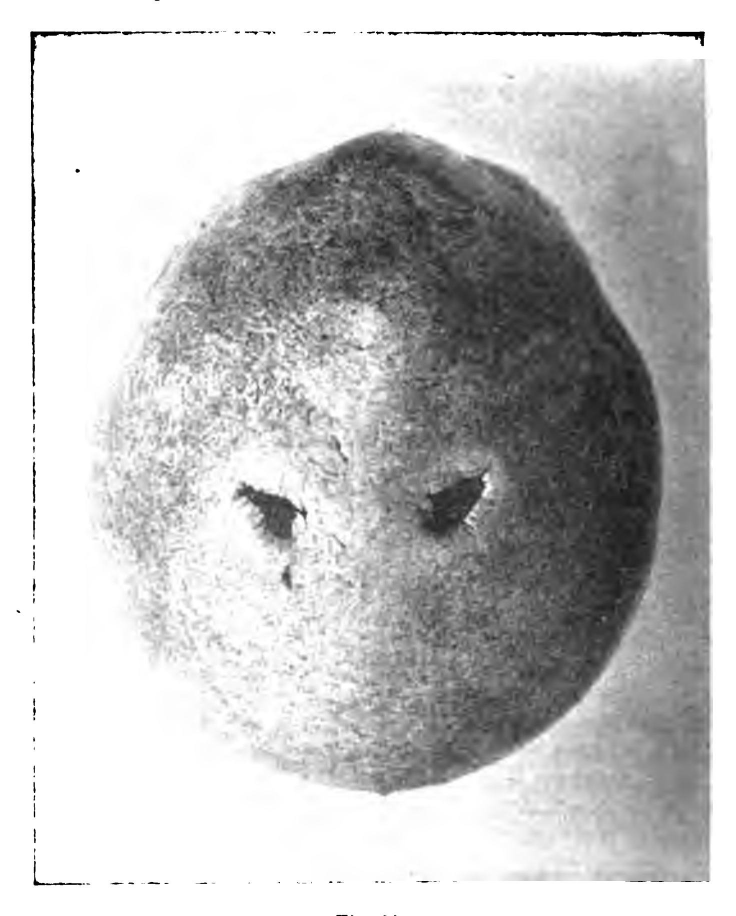


Fig. 64.

troubles inflammatoires intracraniens, ayant exagéré la circulation et modifié le cours du sang, de telle sorte que la séance des trous a été rendue nécessaire. On trouvera des explications très complètes au sujet de ce cas dans les *Bulletins de la Société d'Anthropologie* janvier 1902).

Ces faits méritent donc d'attirer l'attention et nous espérons que l'étude d'une série de crânes ayant recouvert des cerveaux atteints de porencéphalie, pourra apporter quelque clarté. Là, les faits sont discordants : augmentation d'épais-



Fig. 65. — Crâne de Perr...

seur dans certains cas, aucune modification dans d'autres ou même amincissement (du côté atteint), mais comme le mécanisme qui préside à la porencéphalie est loin d'être élucidé puisqu'on invoque tour à tour des hémorrhagies, des oblitérations artérielles, de l'hydrocéphalie interne, des processus inflammatoires, des traumatismes, des arrêts de

développement limités à une zone cranio-cérébrale, des malformations osseuses, etc., etc., il semble que la diversité des causes permettra d'expliquer celle des aspects et de fixer ce point intéressant de la morphologie cranienne.

En résumé, nous avons trouvé au cours de nos recherches les preuves d'un retard de développement hémi-cranien, lié au retard de l'expansion hémi-cérébrale. Dans une moitié du crâne nous avons constaté des caractères analogues à ceux que nous avons rencontrés chez les microcéphales et les sujets ayant un faible volume encéphalique. Il y a des modifications spéciales engendrées par la juxtaposition de deux hémisphères inégaux, mais le mécanisme est un mécanisme normal et nullement un effet direct du processus pathologique.

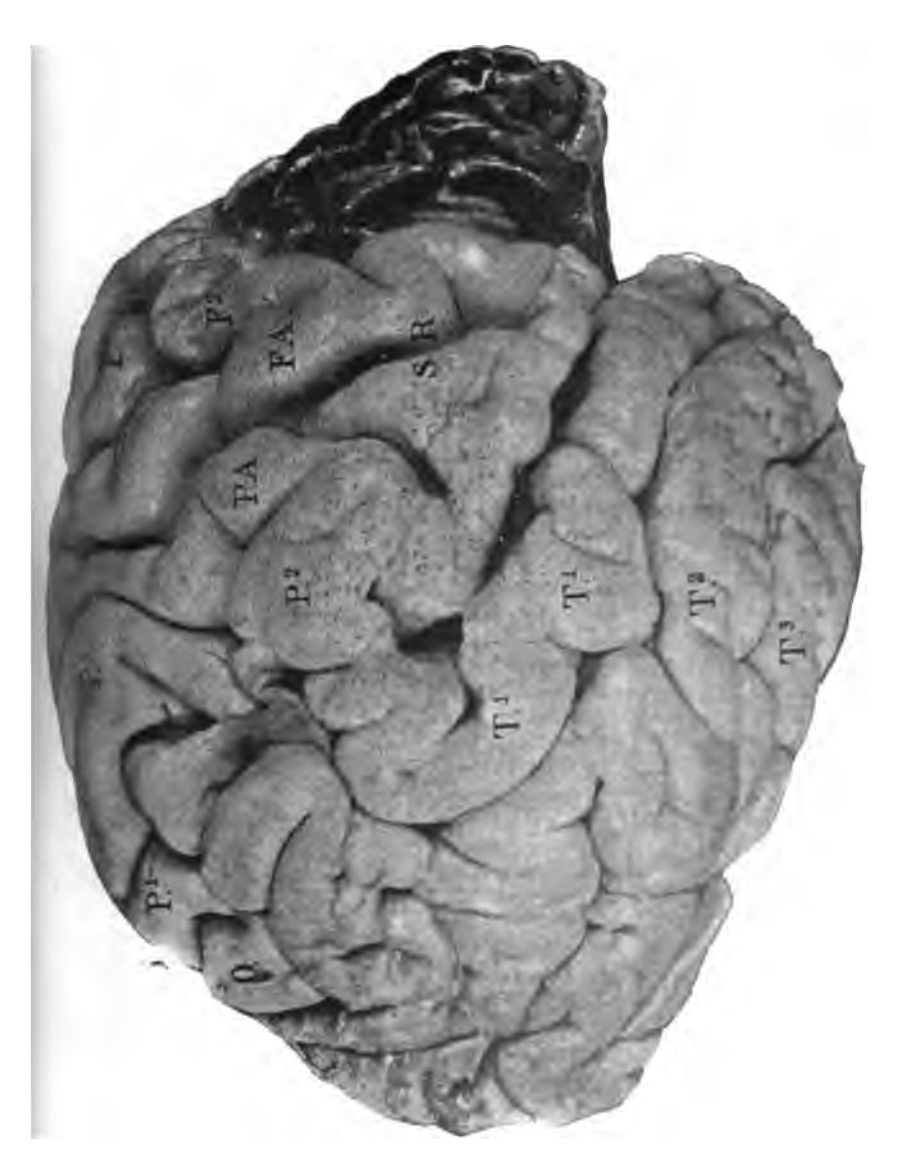
Sur la moitié du crâne insuffisamment développé on trouve également les troubles d'ossification (épaisseur plus grande) rencontrés chez les microcéphales, on y trouve même au niveau de certaines sutures, une synostose plus avancée en raison de l'arrêt de développement cérébral qui ne s'oppose pas à leur envahissement par le tissu osseux.

Sur quelques crânes notamment, il est curieux de voir au fond de la fosse cérébrale moyenne d'un côté une suture sphéno-temporale dentelée et témoignant de l'activité de l'accroissement nécessité par un hémisphère sain, de l'autre, une suture sans dentelures, à demi synostosée, dont l'oblitération traduit l'arrêt de développement de l'hémisphère correspondant. Comme sur nos crânes d'idiots les caractères d'infantilisme sont compliqués de caractères d'ossification active.

Il nous resterait un long chapitre à écrire sur les modifications de la surface externe du crâne et de la forme générale. Nous la ferons ultérieurement et dans un mémoire spécial, car les modifications relevées sont surtout d'origine musculaire et analogues à celles que nous avons exposées à propos des os des membres[1].

La forme générale est peu transformée en raison des faibles variations de la pression interne et de l'épaississement des parois. On pourrait s'en étonner eu égard à l'intensité

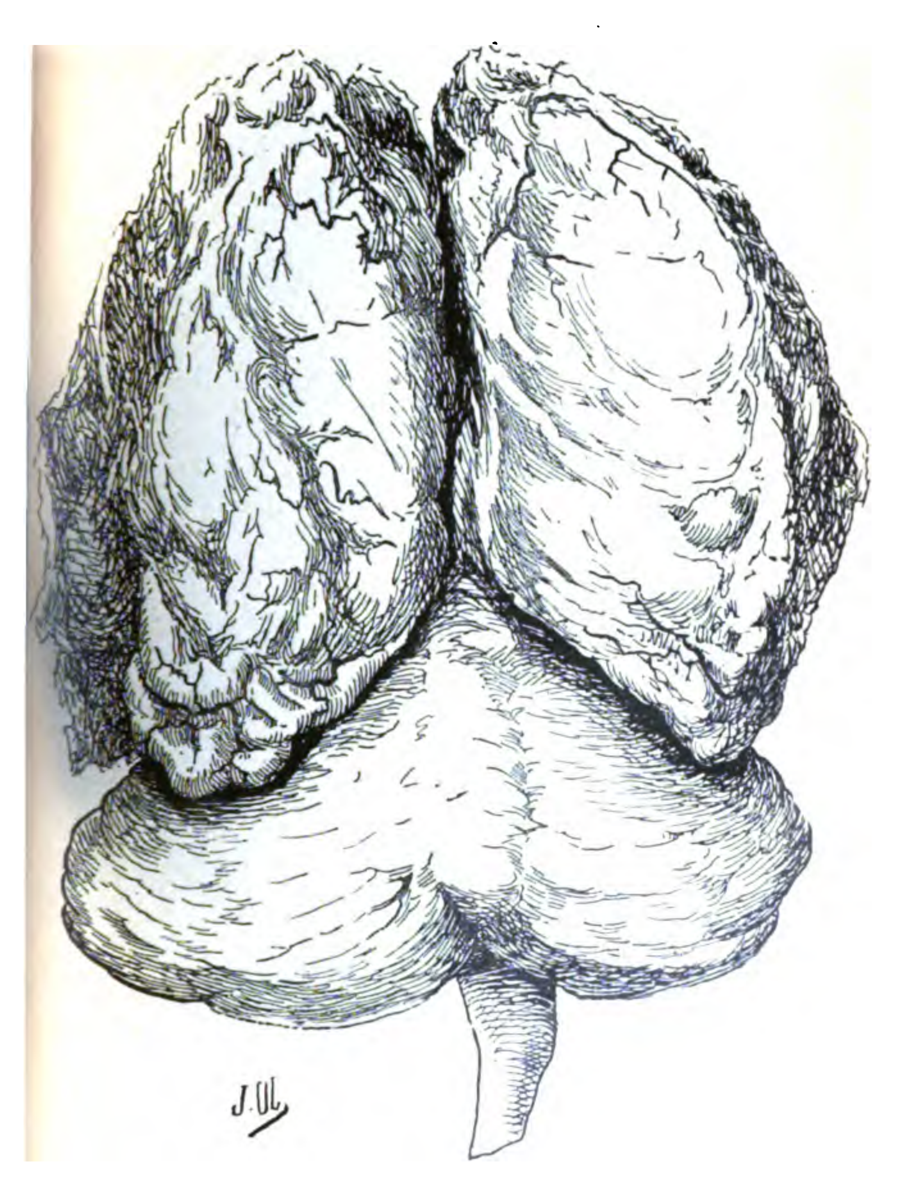
[1] *Comptes rendus de Bicêtre* et *Bulletin de la Société d'Anthropologie*. 1900 et 1901.



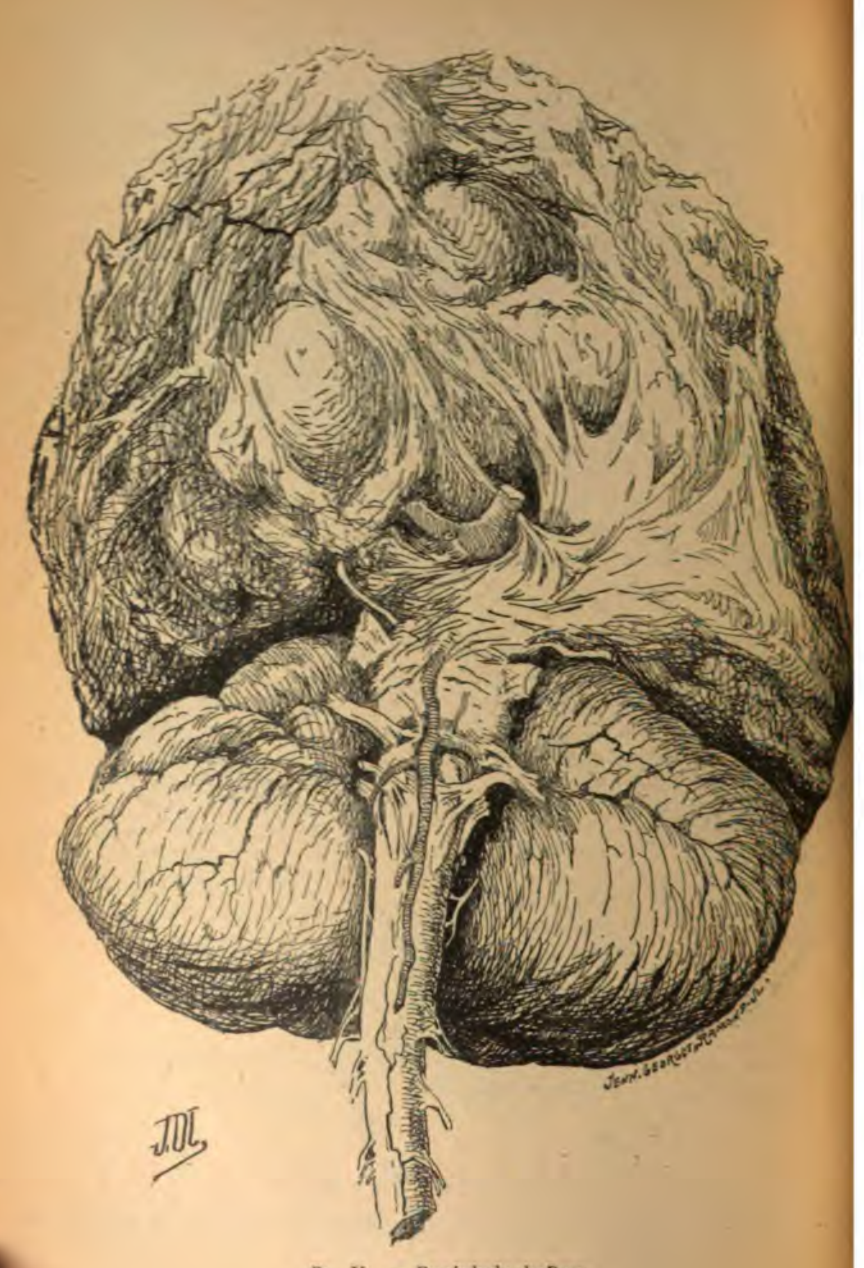
Pl. II. — **Face connexe de l'hémisphère cérébral droit de Vey...** (Obs. complète dans *Compte rendu* de Bicêtre de 1897, p. 122.)



Pl. III. — Face int. de l'hémisphère cérébral droit de Vey...



IV. — Encéphale de Perr... (Voir obs. complète dans le *Compte rendu* de 1900, p. 81.)



Pl. V. — Encéphale de Perr...

des lésions cérébrales et à la diversité des troubles pathologiques. Mais qu'on se rappelle ce que nous écrivions antérieurement à ce sujet[1] : « Il est nécessaire de dire, si l'on veut bien définir la loi qui règle les rapports du contenant et du contenu, que le crâne est en rapport non pas avec le cerveau mais avec la pression intra-cranienne », et nous en donnions des exemples.

La *figure* 65 et les PLANCHES IV et V reproduisent un cas caractéristique. Bien que relativement petit, le crâne de Perre... avait des dimensions qui faisaient croire à un poids encéphalique beaucoup plus élevé. Or, il n'atteignait que 165 grammes, mais l'espace laissé libre entre l'encéphale et les parois craniennes était occupé par une quantité considérable de liquide dont la présence suffisait à maintenir la pression intracranienne. Les ventricules cérébraux (voir les PLANCHES qui les représentent dans le nº 64 des *Archives de Neurologie* de 1901, où l'observation complète a été publiée, avec portrait de l'enfant) étaient eux-mêmes distendus par du liquide. On voit sur les PLANCHES IV et V les hémisphères à l'état naturel et après leur incision. Le crâne (*fig.* 65) a une forme régulière.

En général, ceux qui mesurent les anormaux paraissent oublier cette loi : ils constatent des modifications dans les diamètres craniens et immédiatement ils en déduisent que le cerveau est parallèlement modifié. C'est une faute qui devient grosse de conséquences aussitôt qu'on applique cette façon d'interpréter les faits à des anormaux d'un degré supérieur.

Avant de terminer, signalons une modification assez fréquente, mais non constante : c'est le moindre développement d'un des côtés du crâne. L'asymétrie est nette et néanmoins beaucoup de ces crânes avaient été étiquetés plagiocéphales, ce qui est une erreur, la plagiocéphalie[2] ne s'accompagnant pas d'un arrêt de développement de l'un des hémisphères. En tout cas, si l'on conserve à cette forme le nom de plagiocéphalie, il faut, pour éviter toute confusion, la distinguer nettement de la plagiocéphalie ordinaire. (Ce mémoire a été fait avec les crânes recueillis par notre ancien maître, M. Bourneville, crânes qui sont déposés dans son Musée de Bicêtre.)

[1] *Le crâne dans les idioties*, loc. cit.

[2] On trouvera un excellent mémoire de M. Manouvrier sur cette question dans les *Bulletins de la Société d'Anthropologie* de l'année 1883

VI.

Imbécillité; hémiplégie gauche; épilepsie; état de mal; mort; atrophie très considérable de l'hémisphère cérébral droit; absence du corps calleux;

Par BOURNEVILLE et Reine MAUGERET

Sommaire. — *Père et sa famille, rien de particulier. — Petite cousine, hémiplégie gauche congénitale. — Mère, rien. — Grand-père paternel, mort de tuberculose (?). — Oncle et tante maternels, excès de boisson. — Autre tante, crises de nerfs. — Autre tante, intelligence médiocre, cataracte. — Cousine germaine, épileptique. — Pas de consanguinité. — Egalité d'âge.*

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier.

Première dent à huit mois; dentition complète à deux ans et demi. — Début de la marche, de la parole, de la propreté à dix mois. — Etat de mal convulsif à onze mois, pendant trois jours: prédominance des convulsions à gauche : Hémiplégie gauche consécutive et arrêt de l'intelligence. — Suppression de la marche qui ne revient qu'à cinq ans. — Coqueluche à quatre ans. — Début de l'épilepsie à deux ans et demi; accès sériels.

Etat du malade à l'entrée : Hémiplégie gauche, atrophie et contracture. — Marche des accès. Etat de mal, élévation progressive de la température; mort. Température et poids après décès.

Autopsie. — *Asymétrie de la base du crâne : rétrécissement des fosses à droite; épaississement notable du frontal et du pariétal droits. — Atrophie considérable de l'hémisphère cérébral droit; — des nerfs et des artères de la base de l'encéphale; — Dégénérations secondaires.*

Persistance du thymus. — Tubercules cicatrisés. — Hypertrophie du cœur. — Hydatides des testicules.

Ham... (Jean-Marie), né le 18 août 1886 à Milhac de Nontron (Dordogne), est entré à Bicêtre le 13 mars 1903, et y est décédé le 23 octobre 1903.

Antécédents. (*Renseignements fournis par son père et par sa tante maternelle*). PÈRE, cinquante-deux ans, terrassier, exempté du service militaire par un frère sous les drapeaux; il n'a eu ni convulsions, ni chorée, ni fièvre typhoïde, ni rhumatismes, ni dermatoses, ni syphilis. Il a fait, avant son mariage, *quelques excès de boisson*, mais est actuellement très sobre, ne fume pas, est de caractère doux, n'a pas de migraines. Son *père*, potier, mort à soixante-sept ans de pneumonie, était sobre. Sa *mère*, morte à soixante-dix-sept ans de vieillesse, ni démente, ni paralytique, était sobre. *Grands-parents paternels* sobres, morts, ni déments, ni paralysés, le grand-père à quatre-vingt-dix-sept ans, la grand mère à soixante-dix. *Grand-parents maternels*, morts, le grand père à soixante-dix ans, la grand'mère à soixante-huit; pas de détails sur eux. Une *tante paternelle*, morte on ne sait de quoi, aurait eu deux enfants bien portants. Deux *oncles* et une *tante maternels*, décédés de maladie inconnue, n'auraient pas eu d'attaques. Deux *frères* et une *sœur*, bien portants, sobres, n'ont pas eu de convulsions; leurs enfants, six garçons et deux filles, sont en bonne santé et n'ont pas eu de convulsions. Une *cousine* au second degré, du côté maternel, *est venue au monde paralysée du côté gauche;* elle a beaucoup de peine à marcher, mais ne serait pas arriérée et n'aurait pas d'accès. Dans le reste de la famille, rien autre à signaler.

MÈRE, morte à quarante-cinq ans, il y a un an, de « chlorose », elle toussait beaucoup, avait beaucoup maigri, était jaune pâle, avait eu une perte un mois avant sa mort; elle n'avait eu ni convulsions, ni fièvre typhoïde, ni rhumatismes, ni dermatoses, ni syphilis; elle était très sobre, d'un caractère très doux, et n'avait pas de migraines. Son *père* est mort à quarante-sept ans, de *tuberculose* suivant son gendre, d'un *cancer* « dans le côté gauche » suivant sa fille; on ne croit pas qu'il fut buveur. Sa *mère*, âgée de soixante-treize ans, est bien portante, sauf un affaiblissement de la vue. Pas de renseignements sur les *grands-parents paternels et maternels*. Pas d'*oncles* et *tantes* ni paternels ni maternels. Trois *frères*, dont l'un fait de nombreux *excès de boisson*, les deux autres sont mariés et comme leurs enfants sont bien portants. Quatre *sœurs* : l'une mariée, sans enfants, est morte *usée par la boisson*; les trois autres sont bien portantes, sobres, et deux d'entre elles out des enfants également sains; de ces trois sœurs vivantes, l'une aurait eu des *crises de nerfs* mal déterminées, dans lesquelles elle ne perdait pas connaissance; une autre, celle qui donne une partie de ces renseignements, est calme, d'une intelligence médiocre, parait avoir une *cataracte* de la première enfance, a eu, de dix à treize ans des fièvres intermittentes dans son pays (près de Lannion), qu'elle a quitté à dix-neuf ans, elle a quatre enfants bien

portants. Huit *neveux* et deux *nièces* en bonne santé; une *nièce* de dix-sept ans, *épileptique*. Dans le reste de la famille, rien à signaler d'anormal. Pas d'autre épileptique.

Pas de consanguinité. Père et mère, tous deux des Côtes-du-Nord, mais de communes différentes. Égalité d'âge.

Quatre *enfants* : 1° garçon mort du croup à un an, pas de convulsions; 2° garçon, dix-huit ans, pas de convulsions, bien portant, sert les maçons; 3° le malade; 4° fille, neuf ans, pas de convulsions.

Le malade. — Rien de particulier à la *conception*. Rien non plus à signaler pendant la grossesse, ni traumatismes, ni ennuis, ni troubles morbides d'aucune sorte, ni maladies infectieuses. Premiers mouvements du fœtus à quatre mois et demi. Accouchement à terme naturel, par le sommet; durée du travail, six heures; pas de chloroforme; quantité des eaux de l'amnios normale. Pas d'asphyxie à la naissance, pas de circulaire autour du cou. L'enfant semblait bien portant et pesait cinq livres et demie; ses premiers cris ont été naturels. Allaitement au sein par la mère; sevrage à deux ans. Première dent à huit mois. Dentition complète à deux ans et demi. Début de la parole, de la marche et de la propreté à dix mois. Pas de renseignements sur la date de la fermeture des fontanelles.

A *onze* mois, l'enfant, qui jusque-là *était absolument normal*, eut des *convulsions*. Il resta trois jours sans connaissance, « il y avait des moments où il était raide comme un bout de bois »; pas de détails sur les secousses cloniques, mais *les convulsions prédominaient du côté gauche;* les yeux n'auraient pas été tournés; il y eut des évacuations involontaires. Après ces trois jours de convulsions, l'enfant resta *paralysé du côté gauche;* c'est quatre à cinq jours après (?) que l'on constata la raideur du bras et de la jambe; le pied n'aurait jamais été tourné.

Auparavant, H... était très fort, et le père affirme qu'il marchait seul depuis une dizaine de jours: à partir de ce moment, il cessa de marcher pour ne plus remarcher qu'à cinq ans. *Avant les convulsions,* le père répète que son enfant était intelligent, prononçait quelques mots tels que papa, maman, riait, s'amusait, était caressant; *après les convulsions*, il perdit les quelques mots qu'il prononçait, il ne jouait plus et paraissait triste. Son sommeil resta bon. On ne sait à quelle cause attribuer ces convulsions. Il n'y en aurait, d'ailleurs, jamais eu d'autres.

Vers deux ans et demi, apparurent des *accès épileptiques*. Ces accès survenaient par *séries*, surtout au moment des changements de température; d'autres fois, trois mois s'écoulaient sans qu'il s'en produisit. Le maximum des accès paraît avoir été de six en

vingt-quatre heures. Mais le père peut mal préciser la marche de la maladie. Il semble cependant qu'avec l'âge les accès soient devenus moins fréquents. Ils étaient aussi bien nocturnes que diurnes. Aucun renseignement sur les accès nocturnes. En ce qui concerne les accès diurnes, pas d'aura, pas de cri; l'enfant ne tombait pas, mais s'appuyait seulement sur ce qui se trouvait à sa portée. ou bien s'asseyait. *Le côté droit restait tout à fait indemne. Du côté gauche, il y avait un tremblement très prononcé du membre inférieur;* il s'agit, d'après ce que montre le père, de trépidation avec frappement du talon sur le sol; le bras ne tremblait pas. A la fin de la crise qui durait environ deux minutes, il y avait deux ou trois secousses cloniques, à amplitude assez large, dans le bras gauche, mais aucune dans la jambe gauche. Aucune modification du côté droit. Aucune non plus à la face, pas de congestion, pas de déviation des yeux. Un peu de bave filante. Ni miction, ni défécation involontaires. A la fin de l'accès, l'enfant parfois « rigolait », souriait, d'autres fois avait quelques larmes; mais aussitôt la crise passée, il redevenait tel qu'auparavant.

Le *caractère* de l'enfant est très doux. *Pas d'accès de colère.* Pas de mauvais instincts, vol, gourmandise, salacité, pyromanie, clastomanie. Pas d'onanisme. Pas de turbulence. Les fonctions digestives sont normales, mais l'enfant bave en mangeant; pas de constipation ni de diarrhée, ni rumination, ni gâtisme. Pas de vers intestinaux. Pas de bronchite ni d'hémoptysie. La sensibilité générale est normale. Au point de vue sensoriel, l'enfant verrait *moins bien de l'œil gauche;* mais aucune différence en ce qui concerne l'odorat ni l'ouïe. Jamais d'hallucinations ni de folie. Les sentiments affectifs sont développés : l'enfant est obligeant, et aime bien son père et ses frères et sœurs. Il n'est pas impressionnable. Pas de renseignements sur des vertiges possibles. Il ne se plaint jamais de la tête. Ni grincements de dents, ni grimaces, ni tics. Le sommeil est bon, sans rêves, ni cauchemars, ni accès de cris; pas d'attaques de sommeil, pas de somnambulisme. *Très peu de mémoire, pas de raisonnement.* L'enfant est allé à l'école de sept à quatorze ans, il n'apprenait rien, mais on le gardait, parce que ses crises n'attiraient pas l'attention : il n'y est plus allé et est resté seul à la chambre depuis la mort de sa mère (il y a un an) « parce qu'il est trop vieux »; il ne sait ni lire ni écrire. Aucune aptitude particulière. Il ressemble à son père physiquement, et à sa mère psychiquement. Pas de renseignements sur les traitements suivis; sa mère le conduisait au dispensaire Furtado-Heine et lui donnait les médicaments délivrés. Aucun traitement depuis trois ans. Une seule maladie infectieuse, la coqueluche à quatre ans. Pas d'accidents scrofuleux, ni de rachitisme. Aucun traumatisme céphalique ou autre.

Température à l'entrée (13-18 *mars*).

	Matin.	Soir.
1er jour	»	37,2
2e —	37,4	37,4
3e —	36,9	37
4e —	37,3	37,1
5e —	36,9	37,2

État actuel. — État général bon; ni adipose, ni émaciation; air de santé. Attitude défectueuse, le corps penchant à gauche en marchant, en raison de la paralysie. Physionomie peu expressive ; air timide, l'enfant baisse les yeux dès qu'on le regarde. Cheveux roux ; pas d'épi. Pas d'adénopathie. Pas de cicatrices, ni éruptions, ni nævi.

MESURES DE LA TÊTE	1903	
	Mars.	Juillet.
Circonférence horizontale maxima	51	51
Demi-circonférence bi-auriculaire	31,5	31,5
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	35	35
Diamètre antéro-postérieur maximum	17,5	17,5
— bi-auriculaire	12,5	12,5
— bi-pariétal	13,7	13,7
— bi-temporal	12	12
Hauteur médiane du front	4	4

Tête. — Crâne, plutôt dolichocéphale; symétrique, bosses normales; fontanelles fermées. Visage légèrement ovale, asymétrique, sans cicatrices, mais présentant du lentigo. Arcades sourcilières assez saillantes, orbites normales. Paupières normales. Cils roux. *Yeux*, de mobilité régulière, ne présentant ni exophtalmie, ni strabisme, ni paralysie, ni nystagmus. Iris, bleu très pâle. Pupilles plutôt dilatées, égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. *Vue* bonne. — *Nez* plutôt court, camus; lobule rond, non bifide; pas de déviation de la cloison; narines rondes. *Odorat* naturel, pas de différence d'un côté à l'autre. Pommettes peu sail-

lantes. Joues régulières, légèrement rosées. *Bouche* assez grande, horizontale. *Lèvres* et *langue* peu épaisses. *Goût* normal. Voûte palatine profonde, légèrement ogivale. Luette et pharynx normaux; amygdales peu volumineuses; pas de végétations adénoïdes. Prognathisme du maxillaire supérieur avec les dents très serrées et quelques caries; au maxillaire inférieur, rien de particulier, quelques caries. Mastication normale. Menton rond, sur le même plan que le maxillaire supérieur. *Oreilles* normalement implantées, un peu écartées du crâne; hélix normal, assez bien ourlé, léger tubercule de Darwin; anthélix, tragus et antitragus normaux; lobule non adhérent. *Ouïe* bonne.

Cou : circonférence, 28 centimètres. Corps thyroïde normal.

Membres supérieurs. — *Le membre supérieur gauche est atrophié*, les masses musculaires ont presque disparu. Il est cyanosé et froid, surtout au niveau de l'extrémité. Un léger duvet le recouvre. Le bras est collé au tronc; l'avant-bras fléchi sur le bras à angle droit, et en pronation; la main légèrement fermée, le pouce en dedans. Le membre entier présente une *contracture* presque invincible; les mouvements spontanés y sont trop insuffisants pour permettre à l'enfant de s'en servir utilement. La sensibilité y est diminuée au tact, à la température, à la douleur. Pas d'hémichorée, ni d'hémiathétose. Sur les mains, les mêmes taches que sur le visage. — Le *membre supérieur droit* est normal.

Membres inférieurs. — *Le membre inférieur gauche est atrophié* comme le supérieur, aussi bien dans sa longueur que dans son volume. Un léger duvet le recouvre de même. La cuisse est en extension sur le bassin, la jambe en extension sur la cuisse, le pied en extension sur la jambe. Le membre entier est *paralysé* et en état de contracture. La sensibilité y est diminuée au tact, à la température, à la douleur. Réflexe rotulien exagéré; trépidation spinale. Réflexe de Babinski en extension. La marche se fait presque en équinisme, le talon touchant à peine la terre. L'enfant court rarement, et le saut lui est difficile (*Fig*. 66).

Thorax régulier. Respiration costo-abdominale. Rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation des poumons; de même qu'à celles du cœur. Pouls plein et vibrant. *Abdomen* : rien d'anormal à la palpation et à la percussion du foie, de la rate, des fosses iliaques. Les deux côtés du tronc sont à peu près semblables.

Organes génitaux et puberté. — La lèvre supérieure, la lèvre inférieure, les joues, le menton, sont glabres; dans les aisselles, quelques poils roux : thorax sur les deux faces, ventre et fesses, glabres; sur le pénil, quelques poils roux frisés; verge, longueur 9 cm. 5, circonférence 8 cm. 5; bourses normales; testicules, du volume d'une noix, *le gauche est plus petit*; périnée et anus, glabres; les membres supérieur et inférieur droits, glabres; *les membres supérieur et inférieur gauches, recouverts d'un léger duvet.*

Au point de vue fonctionnel, peu de chose à signaler. Les fonctions digestives s'accomplissent bien ; l'enfant a bon appétit, il préfère le lait au vin, digère bien, a des selles régulières mais avec tendance à la constipation ; ne gâte jamais. La respiration est



Fig. 66. — Ham... en mars 1903.

normale. La sensibilité générale est diminuée du côté gauche (?) Intelligence très peu développée. Parole naturelle, mais l'enfant ne fait que répondre aux questions qui lui sont posées, et cela toujours à voix basse.

Poids à l'entrée, 38 kilog. 600. Taille, 1m48. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Traitement : hydrothérapie ; élixir polybromuré, de 1 à 3 cuillerées ; école.

Mars. — Ni accès ni vertige. — *Avril* : un vertige. — *Mai* : ni accès ni vertige.

Juin. — Un accès, un vertige. 12 *juin*, l'enfant est revacciné avec succès. Le caractère de l'enfant est sombre, doux et timide ; il se borne à répondre quand on lui parle, mais jamais n'entame la conversation de lui-même, et parle toujours à voix basse. Il n'est pas du tout affectueux, ni avec les autres ni avec les infirmiers ; il est même indifférent pour tout le monde. Il serait un peu sournois. Il se laisse guider avec docilité et n'est pas grossier. Il s'est habitué facilement dans le service, et on ne l'a jamais vu pleurer ; mais il ne rit ou sourit que rarement, rien ne paraît le distraire. Il procède lui-même à tous les soins de sa toilette, bien qu'avec un peu de maladresse et de nonchalance. Il n'a ni tics ni manies. Son sommeil est régulier, sans cauchemars ni hallucinations. Lors de ses accès, il dit avoir un peu mal à la tête, mais seulement s'il est interrogé, car il ne se plaint jamais. Lors de son entrée, il a été placé dans la troisième classe. En ce qui concerne la lecture, il a été mis à la deuxième partie du syllabaire Regimbeau, phrases de lecture courante, bonne articulation. Ecriture mal assurée, un peu tremblée. En calcul, il ne fait que l'addition, lit et écrit des nombres comprenant des centaines. Aucune notion d'histoire ni de géographie. Connaissances usuelles peu développées : il a quelques notions sur les couleurs, sur les animaux les plus communs, sur les métiers, sur les légumes et quelques céréales. Depuis son entrée, il a fait quelques progrès ; il est docile et attentif, fait preuve de beaucoup de bonne volonté et s'applique de son mieux. Sa tenue est bonne, son caractère bon et serviable, il ne taquine jamais ses camarades.

Juillet. — Deux accès, deux vertiges. — *Août* : Un accès, pas de vertige. — *Septembre* : Ni accès, ni vertige.

Octobre. — Les accès reparaissent et deviennent, à partir du 18, plus fréquents qu'ils n'ont jamais été ; ils se produisent surtout la nuit. On en compte 27 du 14 octobre au 23.

Le 23, l'enfant qui en a eu plusieurs dans son dortoir, est transféré à l'infirmerie, à 7 heures et demie du matin. Sa température à 8 heures du matin est de 37°,7. A 9 heures, un accès, qui dure environ deux minutes. De 9 heures à 2 heures de l'après-midi, ni accès ni vertige ; l'enfant dort, de 10 heures à midi, la température à ce moment est de 38° ; aucun malaise apparent, mais l'enfant, interrogé, accuse un léger mal de tête. A plusieurs reprises, lotions vinaigrées et sinapismes. Vers 2 heures de l'après-midi, nouvel accès, qui est le début d'un *état de mal* : 7 accès se succèdent, à intervalle de dix minutes ou un quart d'heure. Lors du premier, la température est de 37°,6 au moment du ronflement, de 37°,9, un quart d'heure après, de 37°8 deux heures après. L'enfant sent venir les crises : « Cela va me reprendre, dit-il, les

doigts me piquent », et aussitôt, il est pris d'un tremblement général, les secousses sont plus fortes du côté gauche, la bouche est légèrement convulsée, sans déviation accusée ni à droite ni à gauche, le nez est pincé, les paupières battent vivement, les yeux sont demi-ouverts, non injectés, les pupilles sont fortement dilatées, surtout la droite, la face est congestionnée. Presqu'aussitôt l'accès terminé, l'enfant pâlit. Pendant les accès, il conserve son entière connaissance. Interrogé à plusieurs reprises, il répond, bien qu'avec difficulté à cause des secousses; on lui demande s'il souffre, il répond : « Oui, un peu, j'étouffe et j'ai mal à la tête. » Lors de l'approche d'un accès, il dit encore : « Je voudrais bien m'empêcher de trembler de la sorte, mais je ne peux pas me retenir ». Les 7 accès successifs sont semblables, et se produisent à environ dix minutes d'intervalle; ni bave, ni mousse, pas d'évacuation involontaire d'urine ou de matière ni pendant ni après. Température prise lors d'un accès : au moment du ronflement, 37°,6 ; cinq minutes après l'accès, 38°,2 ; un quart d'heure après l'accès, 38°,5. Traitement : lotions vinaigrées, sinapismes, bain sinapisé, lavements purgatifs, une cuillerée d'élixir polybromuré, inhalations de *nitrite d'amyle*. Un peu après 5 heures, huitième accès ; subitement, l'enfant se congestionne, le cou et les oreilles sont d'un rouge pourpre, la figure boursouflée, les yeux légèrement injectés, les lèvres noirâtres; mêmes secousses des membres et mêmes battements des paupières que dans les accès précédents, sans non plus de morsure de la langue, ni de bave, ni mousse ; mais cette fois un fort bruit de déglutition, et une évacuation abondante succédant à un second lavement, le premier n'avait pas agi. L'accès dure deux minutes environ. Le malade se plaint fortement à trois ou quatre reprises, mais cette fois il avait perdu connaissance. Brusquement, le visage pâlit, les membres s'allongent, et l'enfant rend le dernier soupir à 5 h. 20 du soir. (*Fig.* 69).

Température aussitôt après la mort		39°,9
—	1/4 d'heure après	39°
—	1/2 heure	38°,3
—	1 heure	37°,5
—	2 heures	37°,1
—	4 heures	36°
—	6 heures	33°,2
—	8 heures	28°
—	10 heures	20°,5
—	12 heures	17°,1
—	14 heures	17°
Température de la chambre		15°
Poids après décès		42 kg. 500

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS	1903	
	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—
Février	—	—
Mars	»	»
Avril	»	1
Mai	»	»
Juin	1	1
Juillet	2	2
Août	1	»
Septembre	»	»
Octobre	36	1
Novembre	—	—
Décembre	—	—
Totaux	40	5

Température de l'accès isolé.

DATE	Au moment du ronflement.	1/4 d'heure après l'accès.	2 heures après l'accès.
23 octobre 1903, 2 heures soir.	37,6	37,9	37,8

	1903	
	Mars.	Juillet.
Poids	38.600	41.400
Taille	»	1m,48
Dynamomètre D.	»	27
Dynamomètre G.	»	»

Ainsi que cela est la règle, la *température* s'est élevée de quel-

ques dizièmes de degré sous l'influence de l'accès (Voir pour comparaison le tableau de la T. à l'entrée, p. 252).

Autopsie, faite le 25 octobre 1903 à 10 heures du matin, soit quarante-une heures après le décès.

Cou. — Persistance du thymus (37 grammes). Corps thyroïde, 14 grammes.

Thorax. — Poumons fortement congestionnés; le droit présente des cicatrices de *tubercules*, il n'en existe pas à gauche.

Cœur énorme (250 grammes), surchargé de graisse. Pas de persistance du trou de Botal. Pas de lésions valvulaires. Dilatation assez sensible de l'aorte.

Abdomen. — Rien de particulier à l'estomac, ni à l'intestin, ni à l'*appendice*, lequel mesure 12 centimètres de longueur. Rien non plus au pancréas ni à la rate. Foie volumineux et très congestionné; la vésicule biliaire ne présente rien de spécial et ne contient pas de calculs. *Reins* se décortiquant facilement et n'offrant pas de lésions. Rien de particulier aux capsules surrénales ni aux organes urinaires. Le testicule gauche présente, sur l'épididyme, une *hydatide pédiculée*, dont le pédicule mesure presque un centimètre, et à son pôle antérieur, une *hydatide sessile*. Sur le testicule droit, même disposition, mais le pédicule est moins long.

Tête. — *Cuir chevelu* assez épais, un peu congestionné. *Crâne* : dur, épais, *très épais* même dans sa *moitié droite*, correspondant au foyer cérébral (le frontal droit mesure 9 *millimètres*, le pariétal 6 *millimètres*) ; *la moitié gauche est notablement moins épaisse* (le frontal gauche mesure 3 *millimètres*, le pariétal 3 *millimètres*). La *moitié droite de l'occipital* participe à cette hypertrophie osseuse (*Fig.* 67).

Il n'y a pas de *plaques transparentes* sur la moitié droite, hypertrophiée, du crâne, tandis qu'il en existe de nombreuses sur la moitié gauche. Le *frontal, dans toute sa moitié droite* et la partie voisine du frontal gauche (légèrement hypertrophiée) ainsi que le pariétal et l'occipital droits sont gras et d'un gris violacé, indice d'une congestion intense. La *suture coronale* et les deux ou trois centimètres antérieurs de la suture interpariétale sont peu dentelées, le reste de cette suture et la *suture pariéto-occipitale* sont très dentelées.

Extérieurement l'occipital fait une saillie notable sur le pariétal à gauche, très légère à droite.

Une grande quantité de *liquide* s'écoule lors de l'enlèvement du cerveau; une certaine quantité s'écoule encore à l'incision de la dure-mère. La *fosse orbitaire est rétrécie par suite de l'épaisseur considérable du frontal.* Apophyse crista-galli mince, triangulaire, presque collée contre la fosse orbitaire droite. Apophyses clinoïdes antérieures effacées, les postérieures au contraire très volumi-

neuses. *Fosse occipitale droite un peu moins longue que la gauche.*

Pie-mère légèrement vascularisée sur les deux hémisphères, et d'une façon générale. *Glande pituitaire*, un peu grosse et un peu dure.



Fig. 67. — Crâne de Ham... réduit de 16 cent. 5 à 10 cent. 5 en longueur.

Cerveau. — A l'examen du cerveau, ce qui frappe immédiatement, c'est l'*atrophie très considérable de l'hémisphère droit. Nerf olfactif droit*, aplati et gris. — *Nerf optique* droit, et surtout la bandelette beaucoup plus *petit* que le gauche (PL. VI). — *Tubercule mamillaire droit*, gris et aplati, *trois fois au moins plus petit que le gauche. Artère communicante droite beaucoup plus petite* que la gauche; il en est de même de la *sylvienne*, de la *cérébrale*

antérieure, de la *cérébrale postérieure*. Les faces internes des lobes frontaux sont accolées l'une à l'autre.

Le *bulbe* et la *protubérance* sont bien moins larges et moins bombés à droite qu'à gauche; la pyramide antérieure droite est tout à fait effacée.

La *coupe des pédoncules cérébraux* montre que le *droit* est d'au moins *un quart plus petit* que le gauche. L'atrophie porte sur la largeur et davantage sur la hauteur.



Fig. 68. — Face inférieure du cervelet.

Le *cervelet* et l'*isthme* pèsent 137 grammes. — L'*hémisphère cérébelleux* DROIT (73 gr.) est considérablement plus volumineux que le *gauche atrophié* (43 gr.) (PL. VI, VII et *Fig.* 68).

Voici d'ailleurs leurs dimensions :

	H. cérébelleux droit.	*H. cérébelleux gauche.*
Longueur	75 mm.	65 mm.
Largeur.	65 mm.	45 mm.
Epaisseur maxima . .	4 cent.	2 cent. 1/2
Poids du cervelet . . .	116 gr.	

HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL GAUCHE. — Il a un volume normal (588 gr.). Toutes ses circonvolutions sont bien développées, volumineuses même, surtout la frontale ascendante dans sa moitié inférieure et la pariétale ascendante dans son entier. Celle-ci, les plis pariétaux supérieur et inférieur et le pli courbe pourraient être considérés comme hypertrophiés. La première temporale, elle aussi, est volumineuse..Mais les plis de passage n'existent pour ainsi dire pas (PL. VI). Les PLANCHES VIII et IX représentent *la face interne de l'hémisphère gauche*. Les circonvolutions sont moins développées que sur la face convexe. La PLANCHE VIII montre en CCC, un pli qui double la partie postérieure de la circonvolution du corps calleux, cachée par le septum lucidum et le trigone, pli qui pourrait être rattaché au lobule paracentral, LP (?). C'est parce qu'on ne voyait pas la circonvolution du corps calleux et qu'on ne pouvait constater *l'absence du corps calleux* que nous avons fait faire la PLANCHE IX. Sur celle-ci, le *septum lucidum* et le *trigone*, T*g*, sont rabattus en bas ce qui met à découvert la circonvolution du corps calleux, CCC, étroite, déformée, et le ventricule latéral, VL, et permet de constater *l'absence du corps calleux*..

HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL DROIT. — Les PL. VI, VII, IX, X, XI, XIII, font voir combien il est ATROPHIÉ. Son poids, 133 grammes, est inférieur de 425 grammes à celui de l'hémisphère cérébral gauche. Les dimensions comparatives des *deux* hémisphères sont les suivantes :

	H. droit.	*H. gauche.*
Longueur.	12	18,5
Largeur	6	6,5
Hauteur.	5,2	7
Epaisseur à la partie centrale.	5,2.	7,5

Le *lobe frontal*, au niveau duquel prédomine l'atrophie, se compose de très petites circonvolutions, vermicellées, sauf à leur racine où l'atrophie est un peu moins accusée. Il a la forme d'une pyramide triangulaire, à bords arrondis, longue de 3 centimètres, large de 2 centimètres. — Le *lobe pariétal* est beaucoup moins atrophié; il mesure 4 centimètres en longueur, 5 centimètres en largeur. La *frontale* et la *pariétale ascendantes* sont comparativement assez volumineuses, mais courtes, séparées par le *sillon de Rolando*, qui est assez profond. (PL. X). — En arrière du lobe pariétal existe une *encoche* profonde due à la *sclérose atrophique*, *en partie vermicellée*, des *plis pariétaux supérieur* et *inférieur* et du *pli courbe*. — Au delà, se présente le lobe temporal dont les circonvolutions sont très diminuées sans être sclérosées. — Tout le *lobe temporal* est atteintde *sclérose vermicellée*. — En résumé, *la lésion forme*, sur la *face convexe* ou *externe* (PL. X, LF, LT, P² et P¹) *un demi-cercle*, comprenant : 1° le lobe frontal LF; 2° le lobe temporal LT; 3° les

plis pariétaux inférieur P² et supérieur P¹ et le pli courbe, demi-cercle qui encadre la frontale et la pariétale ascendantes.

Sur la PLANCHE XI, qui représente également la face convexe, *l'hémisphère étant un peu rabattu en avant* on voit mieux que sur la precédente ; les *circonvolutions frontale* FA, et *pariétale ascendantes* PA, ainsi que le sillon de Rolando SR.

Face interne. — On y retrouve le *lobe frontal* LF, vermicellé de même que le lobe orbitaire; le *lobe paracentral*, le lobe quadrilatère et le coin, formant une masse confuse, enfin le lobe occipital déformé. — La circonvolution du corps calleux, CCC, est très irrégulière et au-dessous, on voit le *bord droit du corps calleux* CC.

Le *corps strié* et la *couche optique, à gauche*, ont leur volume et leur configuration réguliers, tandis qu'*à droite* ils sont notablement *atrophiés* et *irréguliers*. — Le *ventricule latéral* gauche est de dimensions normales (PL. VIII et IX), le droit est considérablement réduit (PL. VIII, X et XI).

La PLANCHE VI montre une longue bande noire répondant à la scissure interhémisphérique : elle tient à l'ABSENCE DU CORPS CALLEUX.

Poids des organes.

Encéphale	828	grammes.
Hémisphère gauche	358	—
— droit	133	—
Cervelet et isthme	137	—
Hémisphère cérébelleux gauche	43	—
— — droit	73	—
Corps thyroïde	14	—
Thymus	37	—
Cœur	255	—
Poumon droit	485	—
— gauche	425	—
Foie	1055	—
Rate	135	—
Rein droit	95	—
— gauche	95	—
Pancréas	55	—
Testicule droit	14	—
— gauche	11	—

RÉFLEXIONS. — I. Sous le rapport de l'*hérédité* nous enregistrons peu de chose du *côté paternel*, un cas d'*hémiplégie gauche congénitale*. Il n'en est pas de même du *côté de la mère*, qui, elle, parait tout à fait saine, mais dont le *père* est mort de *tuberculose* (?), un *frère* et une *sœur alcooliques*, une

autre *sœur* sujette à des *crises nerveuses*, une nièce *épileptique*.

II. Ham... aurait été *absolument normal* jusqu'à onze mois. Alors apparaît un *état de mal convulsif* qui aurait duré *trois jours sans retour de la connaissance*, et dans lequel les *convulsions auraient nettement prédominé dans le* CÔTÉ GAUCHE. A la suite se produisit le *syndrôme classique* sur lequel l'un de nous a si souvent appelé l'attention[1] : *imbécillité, hémiplégie, épilepsie.*

a. L'affaiblissement de l'intelligence peut être rattaché ici à l'*imbécillité* : *physionomie* peu expressive, air timide, ne soutenant pas le regard ; peu de spontanéité ; nonchalance ; caractère doux, affectivité médiocre, indifférence pour tout le monde. La volonté est faible, l'enfant se laisse guider avec docilité. Il sait syllaber mais non lire couramment ; il écrit passablement, fait l'addition, s'habille, se lave, mange seul. Tous ses actes sont lents, partie à cause de son état mental, partie à cause de sa paralysie. Les notions usuelles sont assez limitées.

b. L'*hémiplégie gauche* (*fig.* 66) est nettement caractérisée. Au *membre supérieur* les mouvements spontanés sont à peu près nuls ; la *contracture* très prononcée, dans la flexion pour le coude et la main, s'oppose presqu'absolument aux mouvements provoqués. La température y est diminuée. Il en est de même de la sensibilité dans ses divers modes. Notons enfin l'*atrophie* ou mieux l'*arrêt de développement* du système musculaire bien mis en évidence par les mensurations et la *fig.* 66.

Le *membre inférieur gauche* offre les mêmes particula-

[1] Bourneville. *Contribution à l'étude des localisations cérébrales* ; *observation d'hémiplégie cérébrale infantile* (*Mém. de la Soc. de Biologie*, 1876, p. 163) ; — *Hémiplégie infantile suivie d'épilepsie partielle ; état de mal épileptique, mort ; foyer ancien intéressant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobe pariétal* (*Soc. Anatomique*, 1876, p. 558) ; — *Notes cliniques sur l'épilepsie partielle* (*Iconogr. photogr. de la Salpêtrière*, 1878, t. II ; mémoire de 90 pages avee 10 planches et 2 figures) ; — Dans sa thèse intitulée : *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile*, 1882 (avec 2 pl. et 5 fig.), un de nos internes, M. Wuillamier, a repris notre description, en l'accompagnant de 16 observations recueillies dans notre service et mises par nous à sa disposition ; — *Epilepsie partielle*, (*Progrès médical*, 1879, p. 299. etc.) ; — Voir la collection des *Comptes rendus* de Bicêtre de 1880 à 1903, *passim*.

Hémiplégie. — Mensurations.

MEMBRES SUPÉRIEURS	MARS 1903		OCTOBRE 1903 à la mort.	
	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle . .	24	20	25	22
— à 0m,10 au-dessus de l'olécrâne	22,5	20	23	20,5
Circonférence à 0,10 au-dessous de l'olécrâne	19,5	14.5	19.5	14.5
Circonférence au niveau du poignet . .	15,5	13,2	15	13
— au niveau du métacarpe.	18	15	18	15
Distance de l'acromion à l'olécrâne . .	32,5	31	33	31
— de l'olécrâne à l'apophyse, styloïde du cubitus	23	20	23	20
Distance du cubitus à l'extrémité du médius	18	13	18	13
MEMBRES INFÉRIEURS				
Circonférence au niveau de l'aine. . . .	46,5	46	46	46
— à 0m,10 au-dessus de la rotule.	34	32	33	31
Circonférence à 0m,10 au-dessous de la rotule.	29	28,5	27	27
Circonférence au niveau du cou-de-pied.	20	19,5	21	20
— à la partie moyenne . . .	21	22	21	22
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne articulaire du genou.	49	45,5	50	46
Distance de l'interligne à la malléole externe	37	34.5	38	35
Distance de la malléole externe à l'extrémité du médius	19	18	19	18
Pied { longueur.	21	20	21	20
Pied { largeur.	9,5	9.5	9.5	9.5

rités. La seule différence consiste en ce que la *contracture* s'est faite dans l'*extension*.

Le pied a l'attitude du *pied bot équin*. Les mensurations montrent que tout le membre est *atrophié*, à un moindre degré toutefois que le membre supérieur.

Notons encore la petitesse relative du testicule *gauche* et la présence d'un duvet assez abondant sur les membres du

côté paralysé, alors que le côté sain est glabre, particularités qui se rencontrent fréquemment, mais non toujours, dans l'*hémiplégie cérébrale infantile*.

c. L'*épilepsie* a débuté à deux ans et demi. Les accès chez les hémiplégiques sont quelquefois *isolés*, le plus souvent *sériels*, rarement il s'y surajoute des vertiges (sauf quand l'hémiplégie est due à une *méningo-encéphalite* limitée à l'un des hémisphères cérébraux ou prédominant sur l'un d'eux.) Les *facultés intellectuelles* dans les limites où les a laissées l'état de mal convulsif initial et telles que le traitement médico-pédagogique les a faites, sont conservées, en d'autres termes les malades ne sont pas menacés de démence épileptique, sauf encore si l'hémiplégie est d'origine *méningo-encéphalitique*, auquel cas la *démence* peut se produire. Les *épileptiques hémiplégiques*, comme Ham... sont sujets à des *états de mal épileptique*, de même que les *épileptiques ordinaires*, et peuvent y succomber. C'est le cas de l'enfant

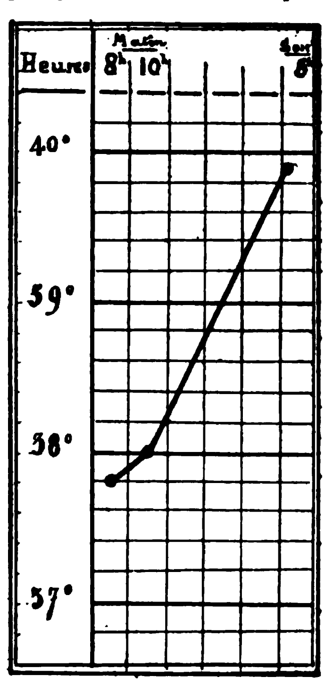


Fig. 69. — Tracé de la température de l'état de mal de H...

dont nous venons de relater l'histoire. Mais, fréquemment, quand ils sont parvenus à un certain âge, vingt-cinq, trente ans s'ils ont survécu aux états de mal, on voit les accès s'éloigner et enfin disparaître : le malade reste avec son *idiotie* ou son *imbécillité*, ou son *arriération mentale* et son *hémiplégie*. Maintes fois, tant à la Salpêtrière, quand nous remplaçions Delasiauve, qu'à Bicêtre, lorsqu'il s'agissait de malades de ce genre n'ayant qu'une arriération intellectuelle ou un faible degré d'imbécillité, nous avons pu les faire

passer des sections d'aliénés dans les divisions de l'hospice comme *infirmes incurables*.

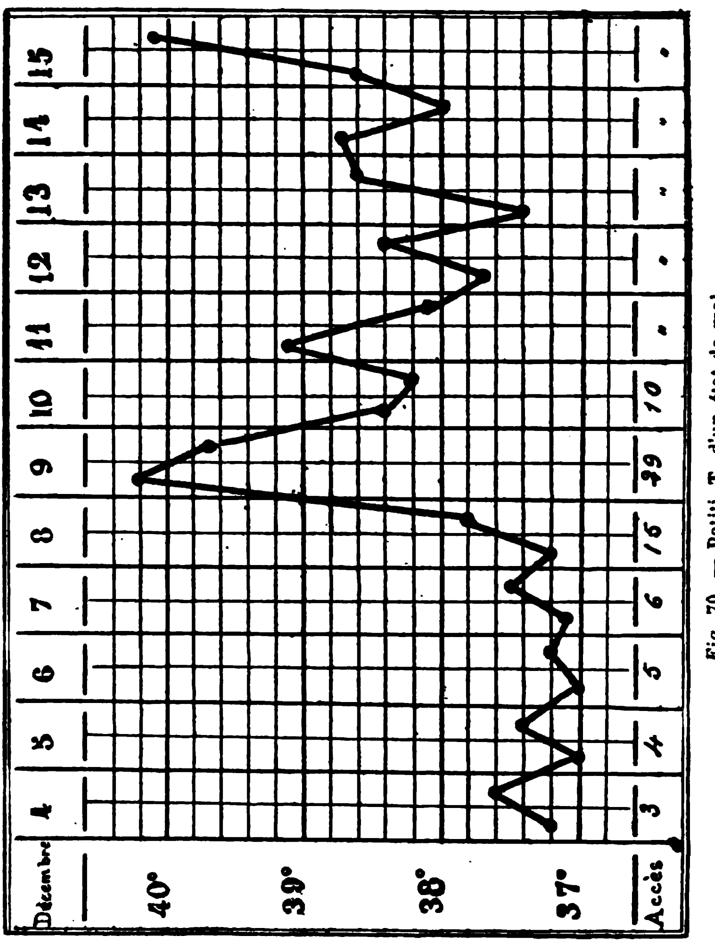


Fig. 70. — Petitj. T. d'un état de mal.

L'*état de mal épileptique* n'a offert, ici, que la première période ou *période convulsive*, composée seulement de 8 accès, ces derniers compliqués d'une cyanose très prononcée. Il s'est terminé par la mort en quelques heures. La *température* n'a monté que jusquà 39,9 (*fig.* 69). Souvent elle

s'élève à un chiffre supérieur. D'autres fois, après la période convulsive, après la cessation des accès, la température s'abaisse jusqu'à la normale (*fig.* 70), puis elle se relève plus ou moins vite, monte au delà de 40° et le malade succombe

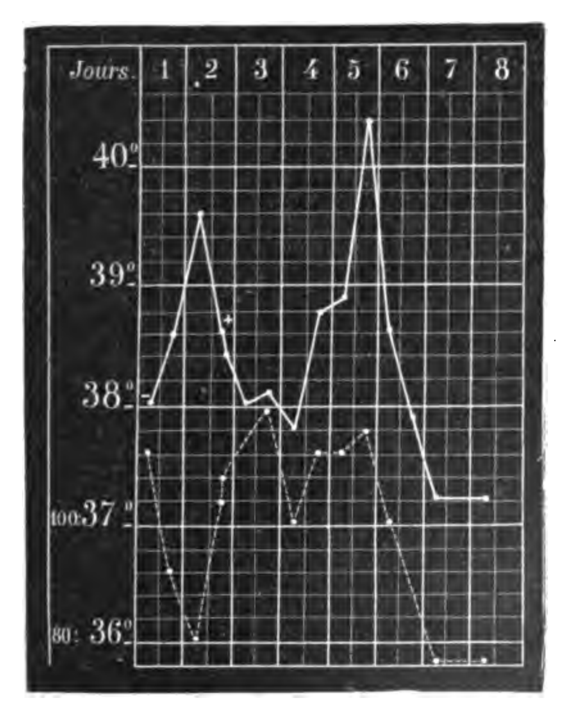


Fig. 71. — Etat de mal guéri.

(*période méningitique*). Enfin, dans d'autres cas, les accidents méningitiques disparaissent, la température s'abaisse progressivement une seconde fois et le malade guérit (*fig.* 71).

III. L'*autopsie* est du plus haut intérêt.

a. Le *crâne,* voûte et base, est asymétrique. Sa moitié droite est moins longue et notablement plus étroite que la gauche, l'*hémisphère cérébral droit — extrêmement atrophié* — ne l'ayant pas provoquée à se développer. Entre cet hémisphère *atrophié* et la partie correspondante de la calotte

cranienne, il existait un *espace considérable*. Cet espace était comblé, comme il arrive en pareille circonstance et comme nous en avons rapporté maints exemples : 1° par une *hypertrophie des os* dont l'épaisseur était le double des os correspondants du côté gauche (*fig.* 67) ; elle prédominait au niveau du frontal ; 2° par une accumulation considérable du *liquide céphalo-rachidien*. (Voir p. 236, *fig.* 60, et Pl. II et III, un cas analogue : *Hypertrophie* compensatrice des *os du crâne* répondant à une *atrophie* considérable des *lobes frontaux* ; — voir aussi p. 214, 218).

Les détails que nous avons donnés dans la relation de l'autopsie nous dispensent d'insister longuement sur le cerveau lui-même, Nous nous contenterons de dire qu'il s'agit là d'un bel exemple de *sclérose atrophique* intéressant presque tout l'*hémisphère cérébral droit*, avec *atrophie croisée du cervelet* et compliqué, lésion rare, d'**une absence complète du corps calleux.**

VII.

Statistique sur la persistance ou l'absence du thymus chez les enfants anormaux;

PAR BOURNEVILLE.

En 1899 (1) nous avions établi la comparaison entre les *enfants* NORMAUX et les *enfants* ANORMAUX, au point de vue de la persistance ou de l'absence du thymus. M. Katz, un de nos anciens internes, passé dans un des services de l'hôpital des Enfants-Malades, avait bien voulu alors, sur notre invitation, procéder aux mêmes recherches sur le thymus et nous fournir le résultat de ses recherches.

La statistique des cas relatifs aux *enfants* NORMAUX ne comprenait malheureusement que 61 cas, tandis que celle des *enfants* ANORMAUX portait sur 292 cas; d'un autre côté la statistique des *enfants* NORMAUX avait trait à des enfants au-dessous, comme âge, du chiffre le plus bas des ANORMAUX (13 mois). Cette comparaison était donc toute relative. Sur 61 cas, M. Katz trouva toujours le thymus (100 p. °/₀) alors qu'il n'existait chez nos ANORMAUX que 78 fois sur 292, soit 28 °/₀.

Nous complétons cette année notre statistique de 1900 concernant nos *enfants* ANORMAUX.

---

(1) Compte rendu de 1899, p. 164.

Tableau A.

ANNÉE.	TOTAL DES DÉCÈS.	IDIOTS, IMBÉCILES, etc..., MAIS ÉPILEPTIQUES.		IDIOTS, IMBÉCILES, etc..., NON ÉPILEPTIQUES.		TOTAUX DE LA PERSISTANCE DU THYMUS.
		DÉCÉDÉS.	PRÉSENTANT UNE PERSISTANCE DU THYMUS.	DÉCÉDÉS.	PRÉSENTANT UNE PERSISTANCE DU THYMUS.	
1890	25	8	1	17	9	10
1891	20	6	2	14	2	4
1892	26	3	1	23	10	11
1893	19	7	1	12	2	3
1894	23	7	1	16	3	4
1895	32	9	2	23	7	9
1896	35	14	5	21	11	16
1897	36	12	5	24	6	11
1898	32	14	3	18	1	4
1899	47	24	6	23	6	12
1900	23	8	2	15	4	6
1901	34	16	3	18	2	5
1902	32	7	1	25	3	4
1903	24	7	2	17	3	5
Totaux.	408	142	35	266	69	104

Le tableau ci-dessus donne une idée générale de ces cas et la différence existant entre l'*enfant idiot*, *imbécile*, etc., ÉPILEPTIQUE, et l'*enfant idiot, imbécile*, etc., NON ÉPILEPTIQUE.

Le tableau suivant donne âge par âge la répartition de ces cas. (Tableau B).

Tableau B.

AGE.	IDIOTS, IMBÉCILES, MAIS ÉPILEPTIQUES.	IDIOTS, IMBÉCILES, NON ÉPILEPTIQUES.	TOTAUX.
De 13 mois à 3 ans.	»	16	16
» 4 — 5 ans.	1	18	19
A 6 ans.	1	3	4
7 —	4	2	6
8 —	»	3	3
9 —	4	1	5
10 —	3	4	7
11 —	1	3	4
12 —	2	2	4
13 —	1	3	4
14 —	3	5	8
15 —	2	3	5
16 —	3	4	7
17 —	5	2	7
18 —	1	1	2
Au-dessus de 18 ans.	1	2	3
Totaux.	32	72	104

Comme on le voit d'après le tableau A, nous trouvons une moyenne de 24.6 0/0 pour les *enfants idiots, imbéciles*, etc., MAIS ÉPILEPTIQUES, et une moyenne, de 26 0 0 chez les mêmes malades NON ÉPILEPTIQUES ce qui semblerait indiquer que le thymus disparait relativement plus vite chez l'enfant *idiot* ÉPILEPTIQUE.

Au point de vue du poids ces cas se répartissent ainsi :

Au-dessous de 5 grammes	....	33
De 5 à 10 —	....	44
11 à 15 —	....	16
16 à 20 —	....	4
21 à 30 —	....	5
Au-dessus de 30 —	....	2
Total	....	104

VIII.

Statistique sur la synostose du crâne chez les idiots et les épileptiques;

PAR BOURNEVILLE.

Dans sa thèse inaugurable (1), faite avec les crânes de notre service et sur nos indications, M. le Dr Taquet donnait les conclusions suivantes :

« I. L'oblitération des sutures du crâne ne se fait pas plus prématurément chez les idiots que chez les sujets sains.

II. L'arrêt de développement du cerveau n'est en aucun des cas observés par nous, la conséquence d'un arrêt de développement de la boite osseuse.

III. Le traitement *médico-pédagogique*, tel qu'il est appliqué à Bicêtre et à la Fondation Vallée parait, jusqu'à présent, avoir une supériorité incontestable sur le *traitement chirurgical*, d'ailleurs aujourd'hui, à peu près complètement abandonné.

Dans sa thèse (2), M. le D. Relay, terminait ainsi ses conclusions : « Jusqu'à ce que la valeur réelle du traitement opératoire de l'épilepsie soit nettement connue, cette affection ne doit pas sortir du domaine de la médecine; elle doit continuer à être soumise au

---

(1) Taquet (E.) De *l'oblitération des sutures du crâne chez les Idiots.*

(2) Rellay. Fssai sur le traitement chirurgicale de l'épilepsie. — Thése faite également avec les piéces de notre musée.

traitement classique (polybromures, hygiène, douches, vie au grand air, travail manuel, etc.) qui produit des résultats supérieurs à toute intervention. »

Nous avons toujours combattu, nos *Comptes-rendus* en font foi, l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'épilepsie ou de l'idiotie, la synostose prématurée des sutures du crâne chez ces divers malades, étant plutôt très rare, c'est-à-dire l'exception et non la règle. comme l'ont prétendu, à tort, certains chirurgiens.

Dans notre musée, où nous possédons une belle collection de malades trépanés, nous n'avons jamais observé la synostose complète des sutures. Enfin sur

AGE.	NOMBRE.	SYNOSTOSE COMPLÈTE.	SYNOSTOSE PARTIELLE.
Enfants au dessous de 2 ans.	10	«	«
Enfants de 2 ans.	14	«	«
— de 3 —	31	«	«
— de 4 —	50	1	1
— de 5 —	40	1	2
— de 6 —	40	«	3
— de 7 —	41	«	5
— de 8 —	30	«	2
— de 9 —	42	«	1
— de 10 —	34	«	«
— de 11 —	36	«	2
— de 12 —	21	«	1
— de 13 —	37	«	3
— de 14 —	40	«	1
— de 15 —	35	«	4
Enfants de 16 à 20 ans.	130	«	4
— de 21 à 25 —	44	«	«
TOTAUX......	675	2	29

675 crânes (1) que renferme ce musée (enfants ou adultes de 2 à 25 ans), nous ne trouvons que deux cas de synostose complète et 29 cas de synotose partielle.

Le tableau ci-dessus, donne âge par âge la répartition de ces cas.

(1) Notre collection se compose de 738 crânes; nous en avons retranché 63 ayant appartenu à des malades âgés de plus de 25 ans.

IX.

Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hysterie, de l idiotie et de l'imbécillité ;

Par BOURNEVILLE.

Le rôle de la consanguinité dans la genèse des maladies nerveuses chroniques de l'enfance est à peu près insignifiant, car elle ne constitue pas, comme nous l'avons dit souvent, l'unique élément étiologique ; il s'y joint l'*hérédité* dans beaucoup de cas, facteur redoutable ; dans d'autres l'*alcoolisme*, facteur plus redoutable encore et enfin, et l'*hérédité et l'alcoolisme !*

Si nous ajoutons aux 3.076 observations de l'an dernier (1) les 141 entrées nouvelles, nous voyons que pour un total de 3.217 observations la consanguinité ne figure que 108 fois, soit 3.3%, proportion très faible comme on voit.

Ces cas se décomposent ainsi au point de vue du degré de parenté des ascendants :

---

(1) Cette différence de 230 provient des observations recueillies dans le service de nos maîtres, Delasiauve et Charcot à la Salpêtrière.

Consanguinité sans indication de degré	5
Parents cousins germains	57
Cousins issus de germains	28
— — du 3e au 5e degré	15
— — Oncle et nièce	3
Total	108

Le tableau suivant donne une idée des affections diverses dont étaient atteints ces malades.

MALADIES.	HOMMES ET GARÇONS.	FILLES.
Hystérie et hystéro-épilepsie	»	3
Epilepsie dite idiopathique	20	11
— symptomatique	10	1
— hémiplégique	2	»
Idiotie symptomatique	17	9
— myxœdémateuse	»	1
— microcéphalique	2	1
— hydrocéphalique	4	»
— et hémiplégie	1	»
— méningitique	1	1
Folie des enfants, manie, excitation maniaque, délire de persécution	»	1
Imbécillité	11	6
— et chorée	»	2
— et syndrome de Little.	3	»
— et cécité congénitale	1	»
	72	36
Total	108	

Nous persistons à croire, comme nous l'avons dit

bien des fois, que le mariage entre *consanguins* BIEN PORTANTS, *sobres, non syphilitiques, n'exerce aucune action dans la production des maladies nerveuses des enfants.*

X.

Statistique sur la persistance de la suture métopique.

PAR BOURNEVILLE.

Cette statistique porte sur 738 crânes se répartissant ainsi :

Épileptiques.........	359 ;	avec persistance	20. —	5,5 °/o
Non épileptiques.....	379 ;	—	50. —	13,1 °/o

Comme on le voit, sur l'ensemble de ces 738 crânes, il y a 70 cas de persistance de la suture métopique, soit 9,4 °/o: Le tableau suivant, donne, âge par âge, la répartition de ces cas :

AGE.	ENFANTS IDIOTS IMBÉCILES ÉPILEPTIQUES.	ENFANTS IDIOTS IMBÉCILES NON ÉPILEPTIQUES.	TOTAUX.
3 ans.	«	5	5
4 —	1	2	3
5 —	1	2	3
6 —	«	6	6
7 —	1	1	2
8 —	2	5	7
9 —	«	5	5
10 —	2	1	3
11 —	«	2	2
12 —	1	1	2
13 —	«	1	1
14 —	«	5	5
15 —	«	1	1
16 —	1	4	5
17 —	1	3	4
18 —	1	1	2
19 —	1	1	2
20 —	«	1	1
21 et au dessus	8	3	11
TOTAUX........	20	50	70

Il ressort de cette statistique, qu'entre l'*enfant épileptique* et l'*enfant non épileptique*, l'avantage, au point de vue de la persistance de la suture métopique est en faveur du dernier 13,1 °/₀ pour 5,5 °/₀ chez le premier.

XI.

Influence des professions insalubres sur la production des maladies chroniques du système nerveux ;

Par BOURNEVILLE.

Les discussions dont le *blanc de céruse* a été et est encore l'objet dans la presse médicale et dans la presse politique, nous ont engagé, il y a trois ans (1) à faire un relevé aussi exact que possible des cas de maladies nerveuses de l'enfance ayant souvent pour cause certaines professions réputées, avec raison, insalubres, exercées par les parents.

Si aux 115 familles, figurant dans notre statistique de 1902, et exerçant une profession insalubre, nous ajoutons les 13 cas nouveaux, relevés sur les 141 entrées de 1903 (57 filles et 84 garçons) nous voyons :

1° Que ces 128 familles ont fourni 609 enfants, soit près de 5 enfants par famille ;

2° Que sur ces 609 enfants, 304 sont décédés, soit une mortalité de 50 0/0.

Si aux 298 décédés, nous ajoutons les 134 enfants idiots, épileptiques, etc. nous voyons que 70 0/0 de ces enfants sont mortellement ou gravement impressionnés par les différentes professions insalubres exer-

---

(1) *Compte-rendu* de 1900, p. 131. — Dans toutes nos observations, nous notons les professions exercées par les parents.

cées par les parents. Le tableau suivant complète notre ancienne statistique.

Au point de vue des « Professions » ces 128 *cas se répartissent ainsi :*

BLANC DE CÉRUSE.

Peintres en bâtiments	45
— décorateurs	5
— en lettres	1
— en voitures	3
— en wagons	1
— sur meubles en fer	1
— sur émail	1
— sur porcelaine	1
Tonnelier dans une fabrique de blanc de céruse	1
Imprimeurs sur papiers peints	2

PHOSPHORE.

Allumettes	2

MERCURE.

Chapeliers	8
Mégissiers	2
Fouleurs, apprêteurs de peaux	4
Miroitiers	4
Teinturiers	2

CUIVRE.

Doreurs	4
Mouleurs en cuivre	12

PLOMB.

Plombiers	4

POUSSIÈRES.

Tourneurs sur cuivre	11

Tabacs	3
Plumassiers	4
Matelassières	3
Polisseur sur métaux	1

NOMS.	PROFESSION		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Bel	Tourneur sur cuivre.	»	1
Belthoi	Peintre en bâtiments.	»	7
Huis	Mouleur en cuivre.	»	6
Mall	Plombier.	»	9
Beff............	Peintre décorateur.	»	2
Gend...........	Peintre en bâtiments.	»	5
Hor	Ouvrier chapelier.	»	6
Simon	Peintre en bâtim.	»	3
Mézié	Peintre en bâtiments.	»	4
Redl............	Peintre en bâtiments.	»	5

ENFANTS		OBSERVATIONS.
DÉCÉDÉS.	VIVANTS.	
»	*Notre malade*, idiot.	Père et Mère excès de boisson.
6 enfants morts en bas-âge de méningite.	*N. m.*, imbécile.	Père excès de boisson.
2 garçons morts en bas-âge. 1 f. morte à 4 ans d'un mal de Pott.	2 garçons bien portants. *N. m.*, idiot, épileptique.	»
3 g. morts en bas-âge de convulsions. 1 fille morte on ne sait de quoi.	2 g. ophthalmie purulente. 1 g. détraqué. 1 g. très faible de constitution. *N. m.*, idiot.	Père excès de boisson.
»	1 g nerveux. *N m.*, idiot. épileptique.	Père et Mère excès de boisson.
1 g. mort à 9 mois de méningite 1 g. mort on ne sait de quoi. 1 fausse couche à 5 mois.	1 f. bien portante. *N. m.*, imbécillité, épilepsie	Père excès de boisson.
1 f. et 1 g. morts de convulsions.	3 g. convulsions de l'enfance. *N. m.*. imbécile et épileptique.	»
2 g. morts on ne sait de quoi.	*N. m.*, imb. et épileptique.	»
2 fausses couches.	Un g., né à 7 mois, idiot. *N. m.*, née à 8 mois, idiote.	Père excès de boisson ; syphilis. Mère syphilis.
1 f. morte à 3 ans 1/2 de bronchite.	2 g. bien portants. 1 g. convuls. de l'enfance. *N. m.*, idiote.	Père excès de boisson.

NOMS.	PROFESSION		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Bru.............	Polisseur sur métaux.	»	11
Arb.............	Marbrier.	Chapelière.	1 Gémellaire.
Chali...........	Tourneur sur cuivre.	»	7
Tar.............	Plombier.	Polisseuse.	5
Baut............	Matelassier.	Matelassière.	11
Itzik...........	»	Chiffons.	11
Mazo...........	Peintre en bâtiments.	»	2
Harp............	Fondeur en caractères.	»	1

ENFANTS		Observations.
Décédés.	Vivants.	
1 Fille morte à 14 mois de la coqueluche. 1 Fille morte à 18 mois de la rougeole. 1 garçon mort à 3 ans 1/2 de la gangrène. 5 fausses couches.	1 Garçon et 1 Fille bien portants *N. m.*, Epilepsie.	Père alcoolique invétéré.
1 garçon mort à la naissance paraissait un fœtus de trois mois (?).	*N. m.*, Idiotie, paralysie, cécité.	Père alcoolique.
»	1 Garçon et 5 Filles bien portants. *N. m.*, Epilepsie.	»
1 garçon mort de meningite.	1 Garçon bien portant. 2 Fille un peu nerveuse. *N. m.*, Epileptique.	»
3 enfants morts de convulsions. 3 fausses couches.	1 Garçon et une Fille très nerveux. 2 autres Filles bien portantes. *N. m.*, Débilité mentale, Epilepsie probable.	Père et Mère alcooliques.
2 garçons morts de scarlatine à 10 et 22 mois.	2 Filles et 2 Garçons bien portants. *N. m.*, Imbécillité, Microcéphalie.	»
1 garçon mort à 3 mois d'entérite.	*N. m.*, Imbécillité.	»
1 Fille morte à 2 ans de rougeole.	1 Fille bien portante. *N. m.*, Epilepsie, Idiotie.	»

NOMS.	PROFESSION.		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Lesa............	Peintre en bâtiments.	»	2
Malt............	Mégissier.	»	6
Languill.........	«	Manufacture des tabacs.	6
Davi............	Tourneur sur cuivre.	»	5
Prév............	»	Chiffons.	4
Dufra...........	Fondeur en caractères.	»	1
Pai............	»	Plumassière.	3
Eich............	Mouleur en cuivre.	»	3

ENFANTS		
Décédés.	Vivants.	Observations.
«	1 g. bien portant. *N. m.*, imbécile.	Père excès de boisson.
1 g. mort à 9 mois de broncho-pneumonie. 1 f. morte à 5 jours de cachexie.	2 g. et 1 f. bien portants. *N. m.*, épileptique.	»
1 g. mort de méningite à 3 jours. 1 g. mort de méningite à 3 ours. 1 f. mort née. 1 g. mort de tuberculose pulmonaire.	1 g. bien portant. *N. m.* imbécile, athétosique.	Père excès de boisson.
1 f. morte de péritonite.	2 g. et 1 f. bien portants. *N. m.*, épileptique.	»
1 garçon décédé à 8 mois de méningite.	1 fille 16 ans, chétive. 1 garçon 5 ans 1/2, bien portant. *N. m.*, arriération mentale.	Père alcoolique, syphilis probable.
«	*N. m.*, arriération intellectuelle, perversion des instincts, onanisme.	Mère syphilitique morte de paralysie générale.
	1 Fille très nerveuse. 1 Garçon bien portant. *N. m.*, Epilepsie.	»
1 garçon mort de méningite tuberculeuse.	1 Fille bien portante. *N. m.*, Epilepsie.	Père alcoolique.

NOMS.	PROFESSION		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Noe............	»	Gainière.	3
Fria	»	Photographie. (Ether)	2

ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Nacrier	1
Vernisseuse	1

ETHER.

Préparateur de plaques photographiques..	1
Total	128

Le tableau suivant montre les affections auxquelles ont succombé les enfants :

Fausses-couches	[illegible]
Mort nés	24
Convulsions.............................	57
Méningite................................	47
Diarrhée	13
Athrepsie	4
Tuberculose pulmonaire	15
Broncho-pneumonie	19
[illegible]	4
Diphtérie; croup........................	13
Coqueluche	5
Rougeole	5

ENFANTS		OBSERVATIONS
DÉCÉDÉS.	VIVANTS.	
1 Fille morte à 4 mois, tuberculeuse. 1 Fille morte à 3 mois, on ne sait de quoi.	1 Garçon bien portant. *N. m.*, Imbécillité.	»
»	*N. m.*, Idiotie. 1 Fille. 2 ans 1/2, bien portante.	Père un peu alcoolique.

* * *

Cholérine	3
Carreau	1
Maladies diverses et inconnues	49
	303

Si ces statistiques ne laissent aucun doute au sujet de l'action des professions insalubres que nous venons d'énumérer, sur la morbidité et la production des maladies nerveuses des enfants, on ne doit pas oublier qu'un autre facteur, plus terrible peut-être que la profession elle-même, entre en ligne de compte, l'*alcoolisme*. En effet, sur 128 familles, 73 pères et 3 mères faisaient des excès de boisson (60 0/0). Notons enfin pour terminer que 3 mères et 4 pères étaient atteints de syphilis. — Ces statistiques portent sur 2.987 observations.

N. B. — Les lettres *N, m.* signifient *notre malade*.

NOMS.	PROFESSION.		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Peyr	Plombier.	«	1
Nes	«	»	2
Blav	Tourneur sur cuivre	»	2
Lanf	Polisseur sur métaux.	»	2
Madel...........	Teinturier.	»	7
Welt	Mégissier.	»	5
Lechas..........	Teinturier.	Teinturière	10
Gœur	Allumettier.	Allumettière.	5
Men	Plombier.	»	5
Bidoi	Plombier.	»	5

ENFANTS		Observations.
Décédés.	Vivants.	
«	*N. m.*, hystéro-épilepsie.	Père alcoolique
«	1 garçon bien portant. *N. m.*, épilepsie.	Père alcoolique
1 fausse couche.	*N. m.*, imbécillité.	»
1 fille morte à 6 mois du croup.	*N. m.*, idiotie.	Père alcoolique
1 f. morte à 28 jours. 1 g. mort de bronchite. 2 g. morts de ?	1 g. et 1 f. bien portants. *N. m.*, idiotie.	Père alcoolique
4 morts de convulsions.	*N. m.*, idiotie, épilepsie.	»
2 g. morts du croup. 1 g. mort d'entérite. 1 f. morte à 12 jours (?) 1 g. mort de la rougeole.	3 g. et 1 f. bien portants. *N. m.*, épilepsie.	Père alcoolique
4 morts en nourrice.	*N. m.*, idiot, épileptique.	»
«	3 f. et 1 g. bien portants. *N. m.*, idiot.	Père alcoolique
1 fausse couche. 1 garçon mort du croup. 1 garçon mort à 1 jour.	1 fille bien portante. *N. m.*, idiotie.	»

NOMS.	PROFESSION		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Jean	Tourneur sur cuivre.	»	4
Man	Peintre en bâtiments.	»	1
Roug	Peintre en bâtiments.	»	5

XII.

Statistiques des hémiplégiques présents dans le service le 31 décembre 1903;

PAR **BOURNEVILLE**.

Le tableau ci-après montre qu'il y avait dans le service, à la date du 31 décembre 1903, 51 hémiplégiques, 38 sur 428, garçons ; 13 hémiplégiques sur 236 filles. Les *convulsions* productrices de l'*hémiplégie* ont paru de 2 jours à 7 ans. Nous ignorons la date du début dans 18 cas. Les autres se répartissent ainsi :

Au-dessous d'un an	11
D'un an à 2 ans...........................	17
De 2 à 3 ans	2
De 3 à 4 ans..............................	1

ENFANTS		Observations.
Décédés.	Vivants.	
fausse couche à 4 mois. fille morte de méningite.	1 garçon bien portant N. *m.*, idiotie mongolienne.	»
»	*N. m.*, imbécile.	»
fille morte de choléra. garçon mort?	1 fille bien portante. 1 garçon tuberculeux. *N. m.*, idiotie, épilepsie.	Père alcoolique

De 4 à 5 ans	»
De 5 à 6 ans	1
De 6 à 7 ans	1
Absence de renseignements	18
Total	51

Dans 28 cas l'*hémiplégie* s'est compliquée d'*épilepsie*. Dans 25 cas l'hémiplégie siégeait à droite dans 26 cas à gauche.

Nous reproduirons ce tableau, en le complètant autant que possible, dans le *Compte-rendu* de 1904.

Tableau des hémiplégiques (Filles et garçons).

NOMS	AGE	SEXE	DÉBUT DE L'HÉMIPLÉGIE	HÉMIPLÉGIE sans ÉPILEPSIE.	HÉMIPLÉGIE avec ÉPILEPSIE Accès	HÉMIPLÉGIE avec ÉPILEPSIE Vertiges	DÉBUT DE L'ÉPILEPSIE	COTÉ PARALYSÉ	OBSERVATIONS
Bo	14 ans	F.	20 m.	1	»	»	»	gauc.	Enfant assisté
Chauvi	14 —	»	un an	»	1	1	1 an	gauc.	hémiparésie.
Chem	11 —	»	15 m.	1	»	»	»	droit.	Enfant assisté.
Deschase	17 —	»	9 m.	»	1	1	9 m.	gauc.	—
Gisc	15 —	»	2 ans	»	1	1	2 ans	gauc.	
Gris	12 —	»	»	»	1	1	10 ans	droit.	
Mey	17 —	»	15 m.	»	1	1	15 m.	gauc.	hémiparésie.
Mot	13 —	»	»	1	»	»	»	gauc.	—
Nér	16 —	»	»	»	1	1	»	gauc.	Enfant assisté.
Pich	11 —	»	»	»	1	1	»	gauc.	
Rena	9 —	»	7 m	1	»	»	»	droit.	hémiparésie.
Rob	7 —	»	»	1	»	»	»	droit.	
Trouil	14 —	»	2 ans	1	»	»	»	droit.	

Bel (Charles)	16 —	G.	20 m.	1	»	»	»	droit.	—
Béni (Edouard)	16 —	»	14 m.	»	1	1	3 ans	gauc.	
Besance (Jules).....	17 1/2	»	»	»	1	1	5 m.	droit.	
Bliè (Paul)	16 1/2	»	4 m.	1	»	»	21 m.	droit.	
Bouvign (Georg.)...	7 1/2	»	»	1	»	»	8 m.	droit.	
Bret (René)	14 —	»	1 an	1	1	1	3 ans	gauc.	
Coudey (Georges)...	16—	»	14 m.	1	»	»	»	droit.	Enfant assisté.
Degra (Eugène)	10 —	»	7 m.	1	1	1	»	gauc.	
Deli (Victor)........	17 —	»	21 m.	»	1	»	21 m.	droit.	
Deva (Georges).....	10 —	»	2 jours	»	1	»	4 ans	gauc.	
Fayo (Jean)	10 —	»	2 ans	»	1	1	»	droit.	
Fél (Léon)..........	17—	»	20 m.	»	1	1	15 ans	droit.	
Franço (André).....	10 —	»	18 m.	»	1	1	21 m.	droit.	
Gab (Henri (.........	18 —	»	3 ans	1	»	»	10 ans	gauc.	Hémiparésie.
Goe (Louis)..........	14 1/2	»	9 m.	1	»	»	12 ans	gauc.	
Grandj (Louis)	17 —	»	7 m. 1/2	»	1	»	21 m.	gauc.	
Gutti (Gaston)......	11 —	»	15 m.	1	»	»	3 ans	gauc.	
Guy (René)	11 —	»	6 ans	»	1	1	6 ans	droit.	
Joffra (Louis).......	17 1/2	»	20 m.	1	»	»	15 ans	droit.	
Jos (Clément)	17 —	»	14 m.	»	1	1	5 m.	gauc.	
Mél (Albert)........	15 1/2	»	8 m.	1	»	»	12 ans	droit.	
Mesl (Georges)	11 —	»	15 m.	»	1	1	15 m.	gauc.	
Meulen (Louis).....	15 —	»	4 ans	1	»	»	12 ans	gauc.	

NOMS	AGE	SEXE	DEBUT DE L'HEMIPLÉGIE	HEMIPLÉGIE SANS ÉPILEPSIE	HEMIPLÉGIE AVEC ÉPILEPSIE ACCÈS	HEMIPLÉGIE AVEC ÉPILEPSIE VERTIGES	DÉBUT DE L'ÉPILEPSIE	COTÉ PARALYSÉ	OBSERVATIONS
Nes (Jean)	9 —	»	»	»	1	1	3 ans	gauc.	
Par (Georges)	8 —	»	»	1	»	»	»	droit.	
Périch (Lucien)	17 —	»	14 m.	»	1	1	12 ans	droit.	
Poir (M rcel).......	15 —	»	3 ans	1	»	»	»	droit.	
Poite (Georges).....	16 —	»	20 m.	»	1	1	10 ans	gauc.	
Pouve (Léon).......	17 1/2	»	4 m.	»	1	1	12 ans	droit.	
Priv (Edouard)	13 —	»	7 m.	»	1	»	8 m.	droit.	
Riqu (Emile)	10 —	»	»	1	»	»	»	gauc.	
Robe (Louis)	9 1/2	»	»	»	1	1	3 ans	droit.	
Rob (Maurice)......	19 —	»	20 m.	1	»	»	»	gauc.	
Sauv (Jean)	20 —	»	»	1	»	»	»	gauc.	
Sauz (Eugène)......	20 —	»	18 m.	»	1	1	15 ans	gauc.	
Souc (Lucien)	8 —	»	20 m.	1	»	»	»	gauc.	
Thie (René)	16 —	»	»	1	»	»	»	gauc.	
Vince (Léon).......	19 1/2	»	»	»	1	»	14 m.	gauc.	
			»	7	8	6	»	51	

Droit 25. — Gauche 26. = 51.

XIII.

Inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux ;

PAR BOURNEVILLE.

Le tableau qui suit complète notre statistique de l'an dernier, concernant les cas dans lesquels nous avons trouvé, à l'autopsie, une inégalité de poids des hémisphères cérébraux ou cérébelleux ou des deux, croisée ou non.

NOMS.	AGE.	DIAGNOSTIC.	POIDS DU CERVEAU.	POIDS DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX.		DIFFÉRENCE.	POIDS DU CERVELET.	POIDS DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBELLEUX.		DIFFÉRENCE
				D.	G.			G.	D.	
Mero......	13 ans	Idiotie. Épilepsie. Hémiplégie gauche.	920	450	470	20	90	Égaux		»
Ramo......	15 —	Idiotie. Épilepsie. Cécité.	880	415	465	50	170	80	90	10
Ham.......	17 —	Imbécillité Hémiplégie. gauche. Épilepsie	»	»	»	»	»	»	»	»
Boss.......	3 ans 1/2	Idiotie microcéphalique.	»	»	»	»	»	»	»	»
Herzo.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bois......	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

XIV.

Épilepsie. ; État de mal ; Température.

PAR BOURNEVILLE ET L. IZOU.

SOMMAIRE. — *Père : quelques excès de boisson. — Grand-père paternel, mort à sa seconde attaque de paralysie. — Grand'mère, éthéromane. — Cousin, sourd et muet. — Renseignements insuffisants sur sa famille.*
Mère : rien. — Arrière grand'mère, paralytique. — Une sœur morte de méningite tuberculeuse. — Autre sœur morte de diarrhée verte avec convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans (père plus âgé).
Conception, Grossesse, Accouchement, Naissance : rien de particulier. — Convulsions vers 8 mois, répétées — Début des accès à 8 ans — État de mal en 1903 : marche de la température. — Parotidite double consécutive — Mort. — Autopsie.

PETITJE... (Louis), 11 ans, est entré, le 28 juin 1899 à Bicêtre, (service de M. le Dr BOURNEVILLE), et y est décédé le 16 décembre 1903.

Antécédents héréditaires (*Renseignements fournis par sa mère*). — PÈRE, 41 ans, homme de peine. A été mineur pendant 18 ans. Pas de convulsions, ni de maladies infectieuses. Pas de chorée. Congestion pulmonaire à 30 ans, depuis il est resté faible. Il a assez souvent des bronchites. — Il s'enivre très rarement. N'a pas eu la syphilis. — Il fume un peu. — Pas de migraine.

[Son *père* est mort d'une seconde *attaque de paralysie*, à 84 ans. — Sa *mère*, 65 ans, est sujette à des crampes d'estomac, fait de fréquentes inhalations d'*éther* Ils étaient sobres. — Pas de renseignements sur les grands parents. — Il a eu 6 *frères*, qui sont morts jeunes, on ne sait de quoi. — Il reste

actuellement 4 *frères* bien portants, sans maladies nerveuses, ni eux, ni leurs enfants. — Un *cousin-germain* est *sourd-muet*].

Mère, 38 ans, ménagère. — Pas de convulsions. Pas de maladies infectieuses. Pas de chorée, ni de rhumatismes, ni de migraines. Pas d'alcool, ni de syphilis. Caractère un peu vif. — Ses *grands-parents paternels* et *maternels* sont morts très vieux.

Pas de consanguinité, (père et mère de l'Allier). — Inégalité d'âge de 5 ans, (père plus âgé).

Quatre *enfants* : Une *fille* morte en nourrice à la campagne avec de la diarrhée verte, et des *convulsions*. — 2° Une *fille* morte à 11 ans de *méningite tuberculeuse;* — 3° *Notre malade;* — 4° Un *garçon* de 6 ans, en bonne santé, n'ayant jamais eu de convulsions.

Notre malade — *Conception*, rien de particulier. Le père et la mère s'entendent bien. Ils ne boivent ni l'un, ni l'autre.

Grossesse, normale, sans coups, ni chûte, ni syncopes, ni attaques de nerfs. — Pas d'albuminurie. Pas de vomissements. Pas de maladies infectieuses.

Accouchement, à terme sans intervention, en deux heures. Présentation du sommet. — L'enfant est beau, assez gros, non asphyxié. Il est nourri par la mère, qui est en même temps nourrice à Paris, jusqu'à 6 mois. Il prend bien le sein. Ensuite on l'a envoyé à la campagne chez des parents qui l'élèvent au biberon. *Convulsions* vers l'âge de 9 mois. Durée 10 minutes. Pas de renseignements sur leur nombre, ni sur leurs caractères. *Marche* à 15 mois. *Parole* à 4 ans. *Propre* de bonne heure. Repris par sa famille à 4 ans : on constate qu'il est *arriéré*, qu'il parle mal et est peu développé pour son âge. Il n'a pas d'accès. On le met à l'asile où il ne fait aucun progrès. — Son sommeil est bon et prolongé. — Pas de colères, l'enfant est très paisible. — *Début des accès* à 8 ans. — Peut-être a-t-il eu des vertiges depuis son retour de nourrice. Ces accès s'observent également le jour et la nuit. Pas d'aura, pas de cri. L'enfant se courbe en avant et glisse. Jamais il ne s'est grièvement blessé. Jamais il ne s'est mordu la langue. Après sa crise il ronfle, et l'écume s'échappe de ses lèvres. Il a uriné quelquefois pendant la crise. — Après chacune il dort 20 minutes. — Pas de paralysies. — Pas de fugues. — Maximum des accès en 24 heures, trois. — Il est resté 15 jours sans en avoir.

Pas de maladies infectieuses, ni d'accidents scrofuleux. — L'enfant est un peu gourmand, son caractère est paisible. — Il ressemble à son père. — On ne sait à quoi attribuer son épilepsie.

Température à l'entrée.

		Matin.	Soir.
28 juin	1er jour.....	»	37°,2
29 —	2e —	37°,1	37°,2
30 —	3e —	37°,3	37°,1
1er juillet..............	4e —	37°,2	37°,3
2 —	5e —	37°,1	37°,2

Etat de l'enfant à l'entrée (juin 1899). — L'enfant est gras, bien portant, aspect inintelligent, la bouche reste entr'ouverte. — Le regard est cependant assez vif. — Il répond bien aux questions qu'on lui pose. — Cheveux bruns, régulièrement implantés sans épis. Ils recouvrent les tempes. Pas de ganglions, pas de cicatrices. — *Crâne* régulier, symétrique, les fontanelles sont *ossifiées*. Les bossses frontales sont assez développées Le front est bas. La face est large, arrondie et régulière. — Les arcades sourcilières peu proéminentes. Les paupières, les cils et les sourcils sont normaux. Pas de blépharite. Les yeux sont mobiles, sans paralysies. Pas d'exophtalmie, ni de strabisme, iris, marron foncé. Les pupilles égales réagissent à la lumière et à l'accommodation. Un peu de prognathisme du maxillaire supérieur, l'arcade présente un diamètre transversal exagéré; deux incisives cariées en haut à gauche, dents en très mauvais état, étant couvertes de tartre.

Examen fonctionnel. — Acuité visuelle normale pour toutes les couleurs, — pas de diplopie, champ visuel normal. — Nez camus et épaté. — Narines assez larges. — Pas de bifidité, ni de déviations. — *L'odorat* est intact. Les pommettes sont saillantes, régulières. — La *bouche* toujours entr'ouverte, la lèvre supérieure en ectropion. On voit les dents, celles-ci sont en mauvais état. — Deux incisives sont cassées les deux lèvres sont très épaisses. — Le palais n'est pas ogival, les amygdales sont peu saillantes. — Les *membres* sont normalement développés et ne présentent aucune lésion congénitale ou acquise. — Pas d'impotence fonctionnelle. Pas de gêne des mouvements provoqués. — Le développement physique de l'enfant est régulier.

Organes génitaux et puberté. — La face et le corps sont

glabres. — La verge mesure 3 cent. de long, et 3 cent. de circonférence. — Les testicules sont descendus dans les bourses et de la grosseur d'un œuf de petit oiseau. Les bourses sont normales. Pas d'onanisme.

A son entrée à Bicêtre, il est d'abord placé en observation à l'infirmerie, puis envoyé à la grande ecole. *Traitement :* douches et en décembre, huile de foie de morue.

1900. 5 *février*. — *Adonis vernalis*. En classe, il trace d'après modèle les lettres à dessin simple comme *n* et *m* ; lit couramment, fait quelques petites additions d'unités : il sait nommer les objets usuels et dire à quoi ils servent; connaît les couleurs, le nom des différentes parties du corps et de ses vêtements. La *déchéance physique et intellectuelle* s'accuse. — *Traitement* : douches, sirop de fer, huile de foie de morue : *adonis vernalis*, 6 cuillerées à café par jour. Comme le gâtisme se manifeste, il est placé dans le service des gâteux.

1901. 11 *janvier*. — Dans un accès, chûte sur la face, éraillure de la peau avec ecchymose, siégeant au niveau de la pommette droite, de 3 à 4 cent. de circonférence ; éraillure siégeant de même sur l'aile droite du nez, tuméfaction assez considérable de la lèvre supérieure. La déchéance s'affirme de plus en plus. Le même traitement est continué toute l'année, augmenté de douches ano-périnéales, à cause de l'incontinence d'urine.

1902. *Janvier*. — Comme le malade paraît se remonter un peu au point de vue physique, et que le gâtisme ne s'est pas produit une seule fois en décembre 1901, il est remis à la grande école. L'écriture est stationnaire, mais la lecture est devenue hésitante ; Pet... ne sait plus faire la moindre addition ; ne reconnaît pas sa place en classe ; répond aux questions par un rire niais, il faut le prendre par la main pour le déplacer. La déchéance continue et s'aggrave dans le courant de mai. Pas de tremblement de la langue ni des mains, pas d'inégalité pupillaire, parle lentement, quand il parle, mais pas de bégaiement. Comme il est redevenu gâteux, il retourne au service des gâteux. Accès *nombreux* (Voir le tableau).

1903. *Janvier*. — L'enfant est maintenu dans le service des gâteux.

15 *mars.* — A la suite d'un accès, forte contusion du coude, va à l'infirmerie jusqu'au 13 mai.

8 *décembre.* — Il retourne à l'infirmerie parce qu'il ne tient plus sur ses jambes. Pendant la nuit il a de nombreux accès très-forts avec élévation de température. — Les secousses sont plus marquées, à gauche. — Les yeux sont injectés, la face cyanosée. — La température monte rapidement à 40°.

9 *décembre.* — Deux accès dans la journée très-forts. — Dans la nuit l'*état de mal* se déclare. On note 22 accès *se succédant sans reprise de la connaissance.* — Le coma dure toute la journée du 10. — La déglutition devient difficile et le malade pousse des cris plaintifs continuels. — Le 11, l'*agitation* reparait, l'enfant se contracte surtout à gauche. — L'auscultation révèle de la congestion pulmonaire.

12 *décembre.* — Pas d'accès, l'*agitation* continue.

Mesures de la tête.

	1899		1900		1901		1902		1903	
	Juin.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Circonf. horizont. maxima	53	»	53	53	53	54	54	54	55	56.5
Demi-circonf. bi-auricul.	36	»	36	36	36	38	38	38	38	38
Dist. de l'articul. occipito-atloïd. à la racine du nez	34	»	34	34	34	34	34	34	38	40
Diam. antéro-post. maxim	20.5	»	20.5	20.5	20.5	20.5	20.5	20 5	20.5	20.5
— bi-auriculaire	13	»	13	13	13	14	14	14	14	14
— bi-pariétal	15.5	»	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	15	16	16
— bi-temporal	14	»	14	14	14	14	14	14	14	14
Hauteur médiane du front	5	»	5	5	5	6	5 1/2	5 1/2	4	4 3/4

Le 13 et le 14, une amélioration semble se produire, la *température baisse*, l'agitation diminue. — Le 15, apparaît un *gonflement des régions parotidiennes*, sans rougeur; la température locale est un peu augmentée, nous songeons à une parotidite : à 11 heures, réapparaît l'état comateux, la respiration s'accélère, le pouls devient incomptable, affaibli, mais régulier, T. R. 38°.6. Motilité abolie; sensibilité émoussée, mais non complètement abolie pour la douleur. La pression sur les parotides, provoque un réflexe commissural, une piqûre sur la poitrine, un mouvement de défense de l'avant-bras;

Tableau des accès et des vertiges.

Mois.	1899		1900		1901		1902		1903	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	»	»	5	»	1	»	»	»	31	»
Février	»	»	»	»	8	»	4	»	24	10
Mars	»	»	»	»	9	»	24	2	109	113
Avril	»	»	3	»	13	»	13	2	61	47
Mai	»	»	8	»	6	»	6	1	59	47
Juin	1	»	14	1	11	»	12	6	49	»
Juillet	6	»	8	1	12	»	23	»	8	»
Août	10	»	15	1	98	»	27	»	18	»
Septembre	11	»	10	1	10	»	20	3	25	»
Octobre	»	»	10	5	49	»	12	6	15	»
Novembre	3	»	24	1	2	»	16	»	16	»
Décembre	4	»	18	4	7	»	32	»	84	»
Totaux	35	»	115	14	226	»	169	20	454	217

Poids, Taille, Dynamomètre.

		1899		1900		1901		1902		1903	
		Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids		k.d. 30.5	»	32.5	33.»	34.»	34.7	37.7	37.9	38.»	36.»
Taille		m.c 1.29	»	1.31	1.32	1.34	1.36	1.37	1.38	1.39	1.44
Dynam	D.	13	»	9	10	9	10	20	16	»	»
	G.	11	»	7	8	8	8	21	19	»	»

Incontinence d'urine.

Mois (J = jour; N = nuit.)	1900 J.	1900 N.	1901 J.	1901 N.	1902 J.	1902 N.
Janvier				4		15
Février				15		9
Mars				19		9
Avril				9		17
Mai				1		17
Juin				6		9
Juillet				16		5
Août				2		13
Septembre				8		23
Octobre		5		3		14
Novembre		3		5		20
Décembre		6		1	32	(1)
Totaux		13		89	32	151

réflexe patellaire normal à gauche, exagéré à droite; réflexe olécranien nul; réflexe oculaire persiste, réflexe cornéen presque aboli. La T. R. monte à 40° et le malade meurt, asphyxié, le 16 à une heure du matin. Les accès avaient disparu depuis le 13.

Autopsie *pratiquée le* **17** *décembre* **1903, trente trois heures après le décès.**

TÊTE. — *Cuir chevelu* très épais; *calotte* épaisse, très dure, très dense, elle n'est transparente qu'au niveau de la fontanelle antérieure. Toutes les sutures persistent et sont dentelées. *Dure-mère*, vaisseaux gorgés

(1) Petit... est nerveux *gâteux* à diverses reprises en 1902, tout à fait en 1903 et il n'a plus été tenu compte de ces incontinences nocturnes.

de sang, adhérences légères avec la pie-mère ; *liquide céphalo-rachidien* (120 gr. environ). Pas d'anomalies notables des nerfs de la base du cerveau. Les fosses de la base du crâne paraissent symétriques ; *apophyse crista-galli* triangulaire et assez développée ; légère vascularisation de la *pie-mère* de la base et de la convexité, sans ecchymoses ; les différentes parties de la base de l'encéphale, les nerfs et artères sont symétriques, toutefois *l'artère vertébrale droite est sensiblement plus petite que la gauche. Protubérance, bulbe* et *4e ventricule,* rien de particulier. *Glande pituitaire* rosée, assez volumineuse ; rien à la *glande pinéale ; corps calleux* normal ainsi que les *plexus* choroïdes.

Hémisphère cérébral droit. La *pie-mère,* un peu mince, s'enlève sans entrainer de substance grise. Celle-ci ne présente aucune tache couleur chair de saumon, lésion fréquente dans l'état de mal. Le *ventricule latéral,* la *couche optique,* le *corps strié,* la *corne d'Ammon* n'offrent rien de particulier.

Hémisphère cérébral gauche. — Décortication facile. Circonvolutions du lobe frontal relativement un peu grêles. Corps calleux, ventricule latéral, couche optique, corps strié bien développés.

Plusieurs coupes pratiquées sur les deux hémisphères ne font découvrir aucune lésion. — Les cornes d'Ammon paraissent saines.

Cou. — Le *larynx* n'offre rien de particulier. Pas de trace de *thymus.* Le *corps thyroïde* est gros. — Il n'y a pas de lésions évidentes de tous ces organes. — Une incision faite dans les *glandes parotides,* ne donne pas de pus ; les *glandes maxillaires* et *sublinguales,* n'offrent rien d'anormal.

Thorax : rien de particulier dans les *cavités pleurales* ni dans la *cavité péricardique ;* pas d'adhérence des poumons à la plèvre.

Poumons : pas de trace de lésion au poumon gauche, le droit est congestionné à sa base, mais n'offre pas d'autre lésion, les deux poumons présentent à leur surface externe ; des traces d'emphysème. *Cœur,* gros, côté droit légèrement dilaté ; pas de persistance du trou de Botal, le tissu est dur, la paroi du ventricule gauche est assez épaisse.

Cavité abdominale. Les organes occupent leur place normale, aucune lésion du *péritoine ;* rien du côté de l'ap-

pendice *vermiculaire,* qui est absolument libre (long. six cent. 1/2). L'*estomac* est légèrement dilaté; *le gros intestin* est fortement distendu et complètement rempli de matières fécales très dures bien que le malade ait été purgé trois fois, la dernière la veille de la mort (h. de ricin, eau de vie allemande) ; *le foie* est volumineux et graisseux ; la *vésicule biliaire* est remplie d'une bile verdâtre qui s'écoule facilement dans le *duodénum* ; *rate,* rien de particulier; *reins,* se décortiquent facilement; *pancréas* normal; *capsules surrénales,* rien de particulier ; rien à la *vessie,* aux *testicules,* aux *organes génitaux.*

Poids des organes.

Encéphale	1.310 gr.
Hémisphère cérébral droit	570 —
— — gauche	580 —
Cervelet et isthme	150 —
Hémisphère cérébelleux droit	70 —
— — gauche	70 —
Bulbe et protubérance	20 —
Liquide céphalo-rachidien	120 —
Corps thyroïde	15 —
Cœur	190 —
Poumon droit	280 —
— gauche	180 —
Foie	1.000 —
Rate	35 —
Rein droit	65 —
— gauche	65 —
Pancréas	45 —

Réflexions. — I. L'*hérédité* est peu chargée, mais les renseignements sur la famille maternelle sont insuffisants.

II. Nous n'avons pas de détails sur les *convulsions,* ni leurs caractères, ni leur répétition, ni sur l'action qu'elles ont exercé sur l'intelligence. En tout cas, quand P... a été repris par ses parents, à 4 ans, il était *arriéré,* parlait mal. Placé à l'asile, il n'a fait aucun progrès.

III. Les *accès* ont débuté à 6 ans. A partir de

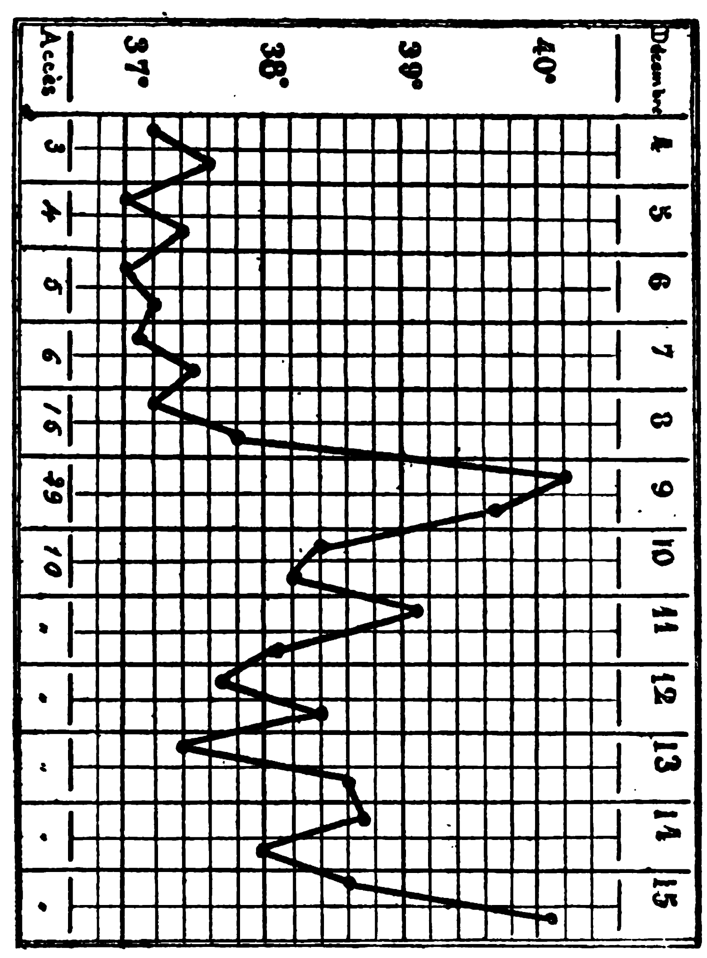


Fig. 72. — Petitj... *État de mal*, température.

l'entrée, ils sont allés en augmentant ainsi que le

montre le tableau (p. 306) et se sont compliqués de vertiges par périodes. En 1901, affaiblissement intellectuel prononcé, qui aggrave son *arriération intellectuelle*. En même temps il devient gâteux, a de l'incontinence *nocturne d'urine*. (Voir le tableau). Après un rélévement passager, il tombe irremédiablement en démence et s'affaiblit physiquement.

IV. Les accès ont été relativement peu nombreux pendant la première année de son séjour (juin 1899-mai 1900) et n'ont pas été accompagnés de vertiges. A partir de juin 1900 les accès se multiplient et les vertiges apparaissent. En 1901, accès nombreux, pas de vertiges. En 1902, diminution relative des accès, réapparition des vertiges. En 1903, quantité considérable d'accès et de vertiges. *État de mal* avec élévation de la T. : 1° *période convulsive, élévation de la* T. R.; — 2° rémission, *abaissement de la* T. R.; — 3° *période méningitique* avec nouvelle *élévation de la* T. R. (*Fig.* 72) déterminant la mort.

V. Ce malade a été soumis à l'*adonalis vernalis* pendant plus d'une année, sans aucun résultat.

VI. Signalons l'*inégalité des artères vertébrales*, l'*épaississement*, la *pesanteur*, la *coloration grise* et l'*état graisseux* du *crâne*, lésions fréquentes chez les épileptiques anciens ou ayant eu de nombreux accès.

XV.

Hydrocéphalie congénitale avec atrophie croisée de l'hémisphère cérebral droit et de l'hemisphère cérébelleux gauche ;

PAR BOURNEVILLE ET Julien NOIR.

SOMMAIRE. — *Père : alcoolique (?); accès de colère et céphalalgies. — Arrière grand'mère paternelle paralytique. — Tante paternelle nerveuse. — Autre tante paternelle épileptique en voie de démence. — Grand-père maternel tuberculeux. — Grand'mère maternelle gastralgique. — Oncle maternel tuberculeux. — Tante maternelle gastralgique et migraineuse.*

Pas de consanguinité. Différence d'âge de 3 ans.

Conception avant le mariage. Débilité à la naissance. Allaitement artificiel irrégulier. Première dent : 16 mois. Marche et parole nulles. — Gâtisme. — Convulsions dès le 6e mois et depuis paralysie du côté gauche.

État à l'entrée. Plagiocéphalie. Persistance de la fontanelle antérieure. Blépharite, léger nystagmus, cécité. Hémiparésie gauche. Contractures du membre supérieur gauche. Description des convulsions. Puberté. — Dentition. — Bronchite. — Cachexie. Mort.

AUTOPSIE : *Fracture de l'avant-bras droit et du radius gauche. Atrophie de l'hémisphère cérébral droit et de l'hémisphère cérébelleux gauche. Hydrocéphalie. Atrophie de la partie inférieure du lobe pariétal droit formant une sorte de fosse. Ectopie testiculaire. Adhérence de la plèvre droite. Tuberculose pulmonaire.*

Laig..., (Marcel) né à Paris, le 5 mai 1894, est entré le 27 février 1896, dans le service des Enfants de Bicêtre.

Antécédents. — *(Renseignements par le père de l'enfant*, le 11 mars 1896, sur sa propre famille, *par la mère* le 18 mars 1896 pour le reste des antecédents). — **Père**, 29 ans, garçon de recettes au Comptoir d'Escompte, prétend s'être toujours bien porté. Il affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Il ne fume pas, boit modérément, avoue au maximum cinq ou six *absinthes* par mois. D'un tempérament assez nerveux, il se dit sujet à des *accès de colère* et à d'assez fréquents maux de tête.

[*Famille du père.* — Son *père*, âgé de de 62 ans, est ferblantier. Il serait sobre, nerveux comme son fils et toujours bien portant. Sa *mère* est morte à la suite d'une laparotomie nécessitée par un étranglement interne (?) Aucun renseignement à noter sur les *grands-parents paternels.* Le *grand-père maternel* était *enfant naturel*, c'est tout ce qu'on sait de lui. Quant à la *grand'mère maternelle*, elle serait morte à 86 ans, aveugle, ayant été frappée à diverses reprises d'*attaques de paralysie*. Elle n'aurait pu parler durant les deux dernières années de sa vie. Dans le reste de la famille, le père relève, un *oncle maternel* asthmatique (?) mort il y a deux ans, sans avoir jamais présenté de troubles nerveux manifestes. Le père a *trois sœurs*, l'ainée mariée a eu une fille qui dans son enfance aurait été atteinte « d'une maladie grave dans la tête » et que le médecin aurait « condamné ». Cette fille a 17 ans et est bien portante. — La *seconde sœur* de bonne santé et célibataire, serait sujette aux *crises de nerfs* sous l'influence de co ntrariétés. La *troisième sœur*, 25 ans, est *épileptique*. Sa maladie est attribuée à une violente émotion causée à la mère pendant sa grossesee. Son épilepsie est bien caractérisée, ses accès sont parfois très fréquents (jusqu'à 50 en un jour). Autrefois assez intelligente, elle est devenue peu à peu *démente* et doit être continuellement surveillée. A 18 ans, elle a eu une fille, âgée à l'heure actuelle de 7 ans, qui parait bien portante quoique fort nerveuse, et n'a jamais eu de convulsions. Aucun autre détail intérressant à relever dans la famille du *Père*].

Mère, 25 ans, sans profession, d'un aspect très doux, n'accuse aucune maladie antérieure, prétend n'avoir jamais eu d'accidents nerveux d'aucune sorte.

[*Famille de la mère.* Le *père* est mort, il y a un an, à 58 ans de *tuberculose pulmonaire*, il aurait eu à une date antérieure une pleurésie aiguë. La *mère* âgée de 63 ans, est

migraineuse ; elle est souvent atteinte de *douleurs gastralgiques* et de coliques accompagnées de diarrhée. Aucun détail sur les grands parents tant paternels que maternels Un oncle maternel serait mort de la fièvre jaune ? en Bretagne. Quatre *frères* dont trois vivants et en bonne santé. L'aîné est mort tuberculeux à 21 ans ; 3 sœurs dont une est sujette aux crises de gastralgie et à la migraine. Rien de plus à signaler dans le reste de cette famille au point de vue pathologique.

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 3 ans (père plus âgé).

Notre malade est le premier et l'unique enfant à l'heure actuelle. — Au moment de la *conception*, les parents n'étaient pas mariés. Ce ne fut qu'après la naissance de l'enfant qu'ils régularisèrent leur situation. La *grossesse* se passa sans autre accident, qu'un ennui très sérieux de la mère de se voir enceinte à cause de sa famille. L'*accouchement* fut naturel, la durée du travail ne dépassa guère 4 heures, la présentation était une présentation du sommet.

A la naissance, l'enfant était petit et chétif. Placé en nourrice, il fut *allaité au biberon*. A 6 mois il aurait reçu une alimentation plus complexe à laquelle la mère attribue le gros ventre de l'enfant. — *Première dent* à 16 mois. La dentition n'est pas complète. L'enfant ne parle pas, ne marche pas et n'est pas propre.

Antécédents morbides. La première crise de *convulsions* qui a frappé l'enfant a eu lieu à 6 mois, il était en nourrice et la mère n'a pu obtenir aucun renseignement à ce sujet. A 18 mois l'enfant fut repris par ses parents et depuis cette époque il est frappé 7 ou 8 fois par jour de *crises convulsives*. Il commencait par raidir le bras gauche où quelques secousses se manifestaient. Les yeux se convulsaient ensuite et l'enfant perdait connaissance. Cet état durait quelques secondes, puis le bébé s'endort. La mère n'a jamais constaté d'écume de la bouche. *Depuis l'apparition des convulsions le côté gauche est paralysé.*

État actuel (28 février 1896). L'état général parait satisfaisant, le visage est coloré, l'air éveillé. Pas d'amaigrissement. La peau est blanche, les cheveux longs, blonds et soyeux. Pas de cicatrices autres que deux cicatrices vaccinales sur le bras gauche. Petits ganglions cervicaux très, perceptibles.

TÊTE. *Crâne* arrondi, asymétrique, plagiocéphalie légère méplat léger au côté droit de l'occipital et diminution de la bosse frontale gauche. La *fontanelle antérieure* est perceptible, elle a une forme étoilée et présente environ 35 millimètres de dimension antero-postérieure et aussi de dimension transversale. Les autres fontanelles paraissent fermées. Les bosses pariétales sont assez saillantes, surtout à droite. Le front est assez bombé.

Face. Le visage est allongé et plus large en haut. Les arcades sourcillères sont aplaties et déprimées surtout en dehors. Les sourcils, blonds, sont assez fournis à leur partie interne peu, au contraire, à leur région externe. Les paupières et les cils sont bien conformés, un peu de *blépharite* à l'angle interne de l'œil gauche. Pas de saillie des yeux dans les orbites. Les mouvements des globes oculaires se font normalement. Léger *nystagmus* transversal. Léger strabisme. L'iris est très bleu, les pupilles égales, ne réagissent pas à la lumière. La vision paraît ne pas exister. L'œil reste insensible à toute réaction lumineuse.

Le *nez* est camus, petit, aplati à sa base, les narines sont un peu relevées. Les *pommettes* ne sont pas saillantes. La *bouche* est petite, les lèvres sont un peu épaisses surtout la supérieure qui porte une ulcération à son milieu. Le *palais* est ogival, la langue petite n'a pas de tremblement. Les amygdales un peu rouges sont petites. L'enfant n'a que deux dents, les deux incisives inférieures. *Menton* arrondi peu saillant. *Oreilles* arrondies, accolées au crâne. L'oreille droite assez bien conformée, a un lobule épais. L'oreille gauche est mal ourlée surtout dans sa partie supérieure où elle est aplatie.

Le *cou* court est le siège d'une rigidité permanente, Le corps thyroïde n'est pas appréciable.

Les *membres supérieurs et inférieurs* sont d'apparence normale du côté droit et exécutent tous les mouvements. Il existe une *hémiparésie du côté gauche*. Le membre supérieur est *contracturé* mais non d'une façon permanente. L'avant bras est fléchi en pronation. Le pouce fléchi dans le milieu de la main est caché par les autres doigts. Le membre inférieur gauche est à peu près flasque. Ongles normaux.

Le *thorax* arrondi présente une saillie assez prononcée à sa partie supérieure. Le rythme respiratoire est régulier. Le *cœur* bat normalement, le pouls est régulier.

L'*abdomen* est élargi transversalement mais souple, sans augmentation de la matité hépatique. Pas de hernies. Rien du

particulier à la région anale. La colonne vertébrale n'est pas déviée.

Organes génitaux. Verge 22 mm. de longueur et 20 mm. de circonférence. Gland et méat réguliers. Légères adhérences du prépuce à la base du gland. Testicules dans le canal inguinal de la grosseur d'un gros pois et égaux.

La sensibilité générale parait exister également sur tout le corps. L'enfant très jeune, ne voyant pas, ne donne pas de signe d'éveil intellectuel. Les fonctions digestives paraissent normales. — Défécation régulière, pas de vers intestinaux.

Hémiparésie gauche déjà signalée. Articulations assez raides, plus souples aux membres inférieurs. Les mouvements spontanés se font difficilement à gauche et pour le membre supérieur, l'enfant s'aide avec le membre sain. Les mouvements provoqués se font sans douleur mais on doit vaincre un certain degré de *contracture musculaire*. Pas de contractions fibrillaires. Pas d'atrophie, ni d'épilepsie spinale. Réflexes rotuliens égaux des deux côtés. Le chatouillement de la plante du pied donne des réflexes plus lents à gauche qu'à droite.

Le bassin est symétrique.

Description des crises convulsives (février 1895). L'enfant a jusqu'à 10 crises par jour. Au début, les yeux roulent dans leurs orbites, puis le corps se raidit brusquement. Si on ne le retenait, le malade tomberait en avant. Il n'y a pas actuellement de grands mouvements cloniques, mais il se produit des secousses toniques d'une seconde de durée qui se répètent cinq fois de seconde en seconde. Après la crise l'enfant s'endort et ne parait pas très abattu.

Traitement : Phosphate de chaux, sirop d'iodure de fer, bains salés et exercices des mouvements.

1896. 11 mars. On observe chez l'enfant des *secousses* assez fréquentes soulevant le membre supérieur gauche. En même temps, la tête est portée en avant et à droite. Aussitôt après la secousse qui est instantanée, le malade crie et pleure. Parfois ces secousses sont limitées à l'épaule gauche. Le sommeil est bon.

Traitement : Sirop anti-scorbutique. Elixir polybromuré 1 c. à dessert. Bains salés. Exercice de marche, puis exercice des jointures. — L'enfant a été revacciné sans succès.

Température à l'entrée.

Date		*Soir*	*Matin*
27 février 1894	1er jour	37°,	»
28 février	2e jour	37°	37°,1
1er mars	3e jour	37°,2	37°,2
2 mars	4e jour	37°	37°,1
3 mars	5e jour	37°	37°

1897. 7 février. — *Bronchite* généralisée, râles muqueux. Température 40°,4. Ventouses sèches. Sulfate de quinine 0 gr. 15.

8 février. — Amélioration de la bronchite. Temp. 39°.

12 février. — T. R. 38°,6. Amélioration très notable. — Langue humide.

29 mars. — T. R. du soir 39°, descendue le matin à 36°,5. Changements de coloration brusque de la face. Vertiges et secousses fréquents surtout le matin au réveil. Appétit faible.

Amaigrissement notable. — Impétigo du cuir chevelu et du dos. — L'enfant se remet peu à peu et rien de particulier n'est noté sur son compte jusqu'en 1901.

1901. — En février, on constate que le bras gauche *paralysé* est plus volumineux que le bras sain.

Puberté (juillet). Peau glabre. Verge long. 3 cent., circonf. 2 c. 1/2. Gland recouvert. Prépuce étroit et court. Testicules égaux dans le trajet inguinal de la grosseur d'un œuf de moineau.

Vacciné, 2 cicatrices à droite et à gauche. *Revacciné* en mai 1901 sans succès. Rien à l'examen clinique des urines à l'entrée.

1902 (juillet). — L'enfant s'amaigrit, se cachective. L'abdomen est très météorisé. Matité au sommet des poumons et souffle à l'auscultation.

Puberté. Peau glabre. — Verge long. : 3 cent., circonf. 3 cent.. Prépuce étroit. Testicules de la grosseur d'un œuf de moineau.

1903. Juillet. — *Dentition*. Le diamètre transversal des maxillaires est exagéré. La dentition de lait est au complet. Les dents de 6 ans sont sorties, les les incisives et les canines du bas sont dejetées en dedans. Les incisives du haut sont toutes abrasées, principalement les incisives médianes toutes sont usées en sifflet.

Mesures de la tête.

	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Circonférence horizontale maxima..	46.5	46.5	49	49	49.5	50	50	50	50	50	50	50	50.5	50.5	50.5	48
Demi-circonférence bi-auriculaire....	30	30	35	35	35	35.5	35.5	35 5	33	33	33	33	33	33	33	33
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.....	34	34	37	37	37	37	37	37	34	31	34	34	34.5	34.5	34.5	34
Diamètre antéro-postérieur maximum	15.5	15.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	17	17	17	17	17	17	17	16.5
— bi-auriculaire	10.5	10.5	11.5	11.5	1 .5	11.6	11.6	11.6	12	12	12	12	12.5	12.5	12.5	10.5
— bi-pariétal	12.5	12.5	14	14	14	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14 5	14.5	14.5	14.5	14
— bi-temporal	9.5	9.5	11.5	11.5	11.5	1..5	11.5	11.5	12	12	12	12	12	12	12	10.2
Hauteur médiane du front..........	5.5	5.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6	6	6	6	6	6	6	6

Pouls : 8.8 | 8.9 | 9.1 | 10. | 8.4 | 12. | 11.1 | 11.9 | 12.2 | 13.

Août. — L'amaigrissement toujours progressif donne à cet enfant l'aspect cadavérique. L'hypothermie (1) s'est accrue (35°). Les membres inférieurs contracturés sont en demi flexion. Diarrhée persistante. Cachexie tuberculeuse.

Il meurt le 14 août à 2 h. 1/2 du soir.

Température après la mort : (la température moyenne de la salle étant 20°, lors de la mort). Après la mort : 34°,5 — 1/4 d'heure après : 33°,8. — 1 heure : 32°. — 2 heures : 30°. — 3 heures : 25°. — 6 heures : 20°. — 9 heures : 15°. — 12 heures : 10° *alors que la T. de la chambre est de 20°*

Autopsie faite le 16 août. 43 heures après la mort. — L'aspect du corps est singulier, l'abdomen distendu se continue avec la base élargie du thorax donnant l'aspect de batracien. Les membres inférieurs en demi flexion ne peuvent être redressés. Les membres tant supérieurs qu'inférieurs paraissent absolument dépourvus de muscles, si grand est l'amaigrissement : l'avant-bras droit présente les traces d'une fracture à sa partie moyenne, fracture irrégulièrement solidifiée faisant faire à l'avant-bras un angle rentrant à sa face antérieure. Il n'existe pas de contracture au membre droit. Le membre supérieur gauche est le siège d'une demi contracture et l'extrémité articulaire supérieure du radius est luxée sur le condyle de l'humérus. Un *cal* existe à la partie moyenne du radius et fait saillie, mais de ce côté là le radius seul a été fracturé. La peau est fort mince et le tissu cellulaire absolument dépourvu de graisse.

TÊTE. — Le *cuir chevelu* est mince et dépourvu de graisse. — La *calotte* est d'un tissu léger, mince, mais opaque. Quelques plaques transparentes en arrière et à droite sur le pariétal et à droite au niveau de la fontanelle antérieure. La suture métopique est nettement marquée. Un vestige de 3 cent. environ existe au milieu du frontal. La suture coronale

---

(1) Nous avons rapporté un grand nombre de cas d'*hypothermie* chez les enfants idiots qui deviennent cachectiques. La T. de Laig.., a été prise du 10 juillet à sa mort le 14 août. Du 10 au 25 juillet elle a été généralement de 37° à 37°,8. Du 25 juillet au 9 août, elle a été le plus souvent au-desour de 37° (une fois à 36°). Elle a été ensuite presque toujours au-dessous de 37°, le 12,36°,2; le 13, 36°4, 36°6; le 14 elle descend à 35° et aussitôt après la mort elle était de 34°5 (B.)

est formée irrégulièrement en dents de souris. La suture sagittale est légèrement déprimée. Deux petits os wormiens se trouvent à 1 cent. en arrière du bregma, puis la suture se continue par une ligne très sinueuse. Il en est de même de la suture lambdoïde à dents très découpées surtout à droite où l'on compte environ six petits *os wormiens* dont un petit os épactal très irrégulier d'un 1[2 cent. de diamètre.

Hydrocéphalie marquée développée surtout dans l'hémisphère droit (300 gr. de liquide). Pas d'adhérences de la dure-mère. Pas d'anomalie de la base du crâne, ni des vaisseaux, ni des nerfs.

ENCÉPHALE. — Ce qui frappe à l'examen de l'encéphale. c'est la différence de volume et d'aspect des deux hémisphères cérébraux et cérébelleux. Tandis que l'hémisphère cérébral *droit* est très diminué de volume surtout dans ses deux tiers postérieurs l'hémisphère cérébelleux *gauche* est très notablement moins développé que le droit.

Cerveau. Hémisphère droit. Cet hémisphère est aplati surtout dans les 2/3 postérieurs. Il parait affaissé le ventricule latéral de ce côté ayant été vidé du liquide qu'il contenait.— Le *lobe frontal* est absolument déformé, il est composé d'une sorte de circonvolution épaisse et courte qui forme son extrémité antérieure et qui est séparée par une incisure fort profonde du reste de l'hémisphère. Cette incisure se continue en haut, d'avant en arrière jusqu'au corps calleux sur la face interne. En bas, un pli de passage large la termine et fait communiquer cette sorte de lobule indépendant avec le reste de l'hémisphère. Au niveau de ce pli de passage la substance cérébrale est très mince, le ventricule étant fort dilaté à sa corne frontale. La circonvolution qui fait suite et est nettement ascendante, est fort large mais aussi mince et correspond à la dilatation ventriculaire. La partie postérieure du lobe est formée de petites circonvolutions ascendantes atrophiées terminées par un sillon de Rolando très peu marqué. Une dépression assez profonde due à l'amincissement de la substance cérébrale à ce point tandis qu'elle reste plus épaisse sur le pourtour et surtout en arrière, existe au centre du lobe frontal.

La *scissure de Sylvius* est peu profonde. Le *lobe de l'insula* n'est pas nettement dessiné. Cette scissure se termine après un trajet oblique de bas en haut et d'avant en arrière au niveau de circonvolutions très grêles.

Le *lobe pariétal* est à peu près normal dans sa partie supérieure et P A bien que grêle est assez nettement dessinée. Mais dans sa partie inférieure, elle est totalement *atrophiée*. Une sorte de fosse déprimée vaguement triangulaire à sommet mousse inférieur et à base supérieure le remplace. La base à 3 centimètres environ et la hauteur de ce triangle 1 centimètres 1/2. Cette fosse est recouverte d'une mince couche membraneuse qui la sépare du ventricule. On dirait que c'est un *porus de porencéphalie en voie de formation* car les pourtours de cette fosse sont nettement délimités.

Le *lobe temporal* est atrophié surtout en avant. Il est excessivement grêle. Rien de particulier au lobe occipital.

La face interne de l'hémisphère présente une forte dissemblance avec la configuration normale. Bien que les circonvolutions qui la forme soient assez nettes, F[1] et la circonvolution du corps calleux sont assez marquées mais le lobule paracentral, l'avant-coin et le coin sont assez mal séparés et la scissure perpendiculaire externe peu nette. Le lobe temporal sphénoïdal et la circonvolution de l'hippocampe sont assez bien développés. Le *corps* calleux est très mince, les *noyaux gris centraux* aplatis. Le *ventricule* est dilaté surtout au niveau de la corne frontale et de la partie inférieure du lobe pariétal.

Hémisphère gauche. Cet hémisphère bien que le ventricule qu'il recouvre soit assez fortement dilaté a une topographie normale. La scissure, le Sylvius, le sillon de Rolando, la scissure perpendiculaire externe occupent leurs places normales toutes les parties constituantes du *lobe frontal* sont nettement dessinées. Il en est de même de F A et de P A. Les lobes pariétal, occipital et temporal ont sensiblement l'aspect normal. Même remarque pour la *face interne*. Cependant la C. du corps calleux est fort amincie, le coin assez grêle. Le *ventricule latéral* est très dilaté surtout en avant, la membrane qui le recouvre fort épaissie. Les noyaux gris centraux sont plus volumineux que du côté droit.

Rien à noter à l'isthme de l'encéphale. Pas de dilatation du 4e ventricule, ni de l'acqueduc de Sylvius. Constatons simplement que *l'hémisphère cerébelleux gauche est d'un quart moins volumineux que le droit* sans aucune lésion apparente.

Les *nerfs olfactifs* et *optiques* sont égaux. Cependant la bandelette optique droite est plus aplatie que la gauche. Le *tubercule mamillaire* droit est moins saillant que le gauche. Le *pécdonule cérébral gauche* est plus large et plus bombé.

que le droit qui parait atrophié par rapport au gauche. Au contraire la moitié gauche de la *protubérance* est un peu plus aplatie dans sa partie inférieure. La *pyramide antérieure droite,* de coloration grisâtre, est moins saillante que la gauche; les olives paraissent normales.

Abdomen : Rien au péritoine. Quelques ganglions mésentériques légèrement engorgés. L'*estomac* petit n'est pas dilaté. L'*intestin grêle* est très distendu par les gaz de la putréfaction. Aucune lésion apparente. L'*appendice* a 10 cent. de longueur et paraît sain. Rien au *gros intestin.* — Le *pancréas* est totalement putréfié. — Le *foie* (340 gr.) en voie de putréfaction est foncé, n'est pas hypertrophié. La vésicule biliaire très petite est vide. — La *rate* (20 gr.) est petite et assez dure. — Rien aux *capsules surrénales.* — *Rein gauche* (45 gr.) assez rouge, se décortique facilement. Pas de lésions macroscopique nettes. Cependant le bassinet contient deux petits *calculs uratiques* très friables. — *Rein droit* (45 gr.) même aspect que le gauche mais ne contient aucun [calcul. Rien aux *uretères.* — Pas de calculs dans la *vessie* qui paraît saine. — *Testicules :* tous deux dans l'anneau, petits, de volume égal, sans anomalie, ni lésion.

Thorax : Pas d'adhérence de la plèvre gauche. Adhérence complète de la plèvre droite au poumon et au diaphragme. — *Poumon gauche* (70 gr.). Rien de particulier. — *Poumon droit* (130 gr.) fortement congestionné, semé de *petits tubercules* mais sans ramolissement, ni cavernes. *Pericarde* et *cœur* (50 gr.). Rien de particulier. Pas de persistance du trou de Botal. Rien de particulier aux gros vaisseaux.

Pas de trace du *thymus. Corps thyroïde* (8 gr.) assez volumineux. Rien de particulier au *larynx.* Les *ganglions médiastinaux* et cervicaux ne sont pas tuméfiés.

Cause de la mort : cachexie; tuberculose pulmonaire.

Poids des organes.

Hémisphère cérébral droit	385 gr.
— — gauche	209 —
Cerveau	594 —
Hémisphère cérébelleux droit	43 —
— — gauche	49 —
Bulbe et protubérance	18 —
Cervelet et isthme	110 —
Moelle épinière	15 —

Thymus	pas
Cœur	50 —
Poumon droit	150 —
— gauche	70 —
Foie	340 —
Rate	20 —
Rein droit	45 —
— gauche	45 —

Réflexions. — Un certain nombre de points méritent d'attirer l'attention dans cette observation.

I. Les premiers symptômes manifestés dès le sixième mois chez un enfant à antécédents héréditaires, dont la vie intra-ultérine n'a pas été normale la mère ne dissimulant pas les ennuis que lui causèrent cette grossesse, permettent de faire attribuer à un arrêt de développement congénital, à une maladie du fœtus, la cause première de l'affection de notre malade.

II. La cécité, le nystagmus. l'hémiparésie gauche avec contracture du membre supérieur gauche, les convulsions précoces et fréquentes, le retard de l'éruption de la première dent, le manque de développement de l'intelligence, le gâtisme, la cachexie progressive terminée par la tuberculose finale, toute cette histoire pathologique permettait de prévoir les lésions encéphaliques importantes que devait révéler l'autopsie.

III. La première constatation intéressante de l'autopsie est la présence de deux cals, un à chaque avant-bras, vestiges d'anciennes fractures qui se sont produites vraisemblablement spontanément lors des premières convulsions, pendant que l'enfant était en nourrice et passèrent inaperçues, puisque le récit des antécédents de l'enfant n'en porte pas trace. La constatation de ces cals suffit à indiquer les troubles profonds de la nutrition du malade dès le début de sa vie.

IV. L'hémiparésie gauche permettait de faire pressentir la lésion atrophique de l'hémisphère cérébral droit. Mais l'atrophie de l'hémisphère cérébelleux gauche ne correspond à aucun symptôme clinique relaté dans l'observation.

Il est difficile sans faire l'examen histologique du cerveau d'attribuer la cécité à une lésion des fibres de transmission des voix optiques. L'aplatissement d'une des bandelettes optiques, le degré notable de l'hydrocéphalie et de la dilatation ventriculaire tant à droite qu'à gauche permettent d'affirmer même sans examen histologique que les voies optiques étaient suffisamment lésés pour expliquer la cécité. Du reste les troubles de la vue et la cécité ne sont pas rares chez les hydrocéphales et nous les avons déjà signalés.

V. Le point le plus intéressant de cette observation, riche déjà en lésions anatomiques peu fréquentes, est l'atrophie décrite à la région inférieure du lobe pariétal droit. Cette atrophie détermine la formation d'une dépression dont le fond consiste en une mince couche membraneuse qui la sépare du ventricule. La ressemblance morphologique de cette lésion avec un porus de *porencéphalie*, nous permet d'émettre l'hypothèse que d'autres observations pourront vérifier et qui pourrait être étayée par des comparaisons avec de vrais cas de porencéphalie. Cette hypothèse consisterait à admettre que nous nous trouvons ici en présence d'un cas de porencéphalie dont l'évolution n'a pas été complète.

XVI.

Alimentation des myxœdémateux.

Vienne, le 1er avril 1903.

Très honoré M. le Professeur,

Je viens de faire des études sur la fonction de la glande thyroïde et je viens vous demander d'avoir l'amabilité de me répondre sur une question que je voudrais élucider. Vous avez observé pendant plusieurs années quelques malades atteints d'idiotie myxœdémateuse. Je serais bien aise de savoir si quelques-uns de ces malades qui, sous votre observation, sont parvenus à un plus grand âge, par exemple les trois malades cités dans le *Progrès méd.* de 1880, 1890, n° 33 p. 126; 1893, p. 483, ont eu une nourriture carnée pendant longtemps, des mois ou des années.

Nous n'avons pas, ici, malheureusement l'occasion d'observer cette maladie que chez des enfants qui ne prennent que du lait, vous, vous avez des malades plus âgés sous votre observation; il me serait important de savoir si ces malades, pendant la nourriture de viande, n'ont eu aucun signe de tétanie. Je vous demande mille pardons de vous incommoder, je vous dis mille remerciements.

Agréez, Monsieur, mes sentiments de gratitude, votre

Dr Friedrich Plincles, Privat docent, Vienne,
I, Liebiggasse, 4.

Paris, le 10 avril 1903.

Très honoré confrère,

Vous trouverez dans le tableau ci-joint les renseignements que vous me demandez au sujet de l'alimentation

des myxœdémateux infantiles. Dans aucun cas, je n'ai observé de tétanie (1).

Salutations confraternelles. BOURNEVILLE.

---

(1) Nous profitons de l'occasion pour donner la statistique des cas de myxœdème qui ont été ou sont encore dans le service.

NOMS.	AGE des décédés.	AGE des présents.	SEXE.	BIBLIOGRAPHIE.	OBSERVATIONS.
Deba......	37 a.	»	gar.	C.R. 1889, p. 172	Décédé le 18 février 1902.
				C.R. 1895, p. 170	— le 18 nov. 1885.
				C.R. 1903. p. 000	— le 3 mars 1893.
Thén......	24 a.	»	»	C.R. 1886. p. 17	— le 17 juill. 1889.
Bey.......	22 a.	»	fille.	C.R. 1894. p. 93	— le 4 juin 1888.
Cab.......	7 a.	»	gar.	C.R. 1889. p. 88	— le 19 mai 1896.
Bourg.....	5 a.	»	»	C.R. 1889. p. 74	— le 17 avril 1897.
Gonic.....	4 a.	»	fille.	C.R. 1896. p. 49	— le 27 mars 1901.
Molli......	3 1/2	»	»	C.R. 1898. p. 110	— le 17 décem. 1888.
Thom.....	2 a.	»	»		
Bourg.....	1 a.	»	»	C.R. 1889. p. 78	
Borj......	4 1/2	»	»	C.R. 1896. p. 144	—
Gra.......	»	47 a.	gar.	C.R. 1886. p. 10	
C.........	»	47 a.	fille.	C.R. 1890. p. 219	C. R signifie *Compte-rendu.*
Piha......	»	44 a.	»	C.R. 1888. p. 4	
Wath.....	»	29 a.	»	C.R. 1889. p. 57	
				C.R. 1895. p. 178	
Gangl.....	»	24 a.	»	C.R. 1895. p. 185	
Tisser.....	»	24 a.	»	C.R. 1900. p. 22	
Y. de B...	»	21 a.	»	C.R. 1889. p. 69	
Krœ......	»	14 a.	»	C.R. 1896. p. 164	
Lar.......	»	1? a.	»		
Harb......	»	6 a.	»		
Bonnav...	»	5 1/2	gar.		

NOMS.	AGE.	ALIMENTATION.	BIBLIOGRAPHIE.
Thenner..............	25 ans.	Mangeait un peu de vainde mais avait une preférence marquée pour les légumes et le lait.	*Comp.-rend.* 1886, p. 17.
Graf	43 —	Préfère les légumes mais mange un peu viande.	— — p. 10.
Vas... (G.)	4 —	id.	— 1888, p. 3.
Pith.... (Pauline)	5 —	id.	— — p. 4.
Wathie	23 —	Légumes et lait, très peu de viande.	— {1889, p. 57. 1895, p. 178.
J. de B..............	3 —	id.	— 1889, p. 69.
Bourg.... (Fernand)...	5 —	Ne mangeait que rarement de la viande. préferait légumes et la soupe.	— — p. 74.
Bourg.... (Suzanne)...	8 mois.	Ne prenait que du lait en raison de son âge.	— — p. 82.
Cabl	6 ans.	Pas de renseignement.	— — p. 88.

Debarg.. (Jules).......	36 —	N'aimait pas la viande en mangeait peu ; préférence pour les légumes.	—	— p. 172.
C.... (François)... ...	6 —	Id.	—	1890, p. 219.
Beyn... (Marie)........	21 —	Mangeait un peu de viande ; préférence pour œufs, légumes et lait.	—	1894, p. 93.
Ganglo...............	20 —	Mange un peu de viande. Préférence pour la soupe et les légumes.	—	1895, p. 185.
Gonich...............	4 —	Ne prenait que du lait.	—	1896, p. 49.
Bajo.. (Lucie).........	4 —	Légumes et lait, très peu de viande.	—	— p. 144.
Kræm................	7 —	Id.	—	— p. 164.
Mollie.. (Léontine)....	3 —	Id.	—	1898, p. 110.
Lar..................	8 —	Ne mangeait que très peu de viande, mangeait surtout de la soupe, des légumes, des œufs, du lait.	Inédite.	
Tisser................	10 —	Id.	—	1900, p. 22.
Thom................	23 mois.	Lait.	»	
Bonnav..............	3 ans.	Légumes et lait, très peu de viande.	»	

Travaux scientifiques faits dans le service.

(Thèses et mémoires).

1880.

BOURNEVILLE. — *Contribution à l'étude de l'idiotie.* — Ce travail comprend deux parties, dont la seconde a été faite en collaboration avec M. Brissaud. *(Archives de neurologie,* 1880, t. I, p. 69 et 399). — *Contribution à l'étude de la démence épileptique.* (*Archives de neurologie*, 1880, p. 213).

LEROY (A.). — *De l'état de mal épileptique.* Thèse de Paris.

SÉGLAS (J.). — *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1881.

RIDEL-SAILLARD (G.). — *De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais.)* Thèse de Paris.

D'OLIER (H.). — *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.* Mém. qui a obtenu le prix Esquirol. *(Annales médico-psycholog.*, sept. 1881) et tirage à part aux bureaux du *Progrès Médical).*

SADRAIN (G.). — *Étude sur le traitement des attaques d'hystérie et des accès d'épilepsie.* In-8° de 56 p. Th. de Paris.

HUBLÉ (M.). — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie.* Monobromure de camphre, bromure de zinc, de sodium, Thèse de Paris.

MORLOT (E.). — *Sur une forme grave de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

COULBAUT (G.). — *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1882.

BRICON (P.). — *Du traitement de l'épilepsie:* Hydrothérapie. — Arsenicaux. — Magnétisme minéral. Aimants. — Sels de pilocarpine, etc. Thèse de Paris.

ROUX (G-L.). — *Traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle.* Thèse de Paris.

WUILLAMIER (Th.). — *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1884.

FÉLIBILIU. — *Contribution à l'étude de la folie de l'enfance.* Thèse de Paris.

1886.

BRICON (P.). — *De l'idiotie et en particulier des lésions anatomiques des centres nerveux.* (Prix Belhomme à la Société Médico-psychologique de Paris).

1887.

Mme SOLLIER (A.). — *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.* Thèse de Paris.

1888.

THIBAL. — *Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse ou hypertrophique du cerveau.* Thèse de Paris.

PENASSE. — *Contribution à l'étude des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'Idiotie.* Thèse de Paris.

PISON. — *De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1889.

CORNET (P.). — *Traitement de l'épilepsie.* Bromures d'or et de camphre, Picrotoxine. Thèse de Paris.

GOTTSCHALK (A.). — *Valeur de l'influence de la consan-*

guinité sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie. Thèse de Paris.

SOLLIER (P.). — *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

1891.

SOLLIER (P.). — *Psychologie de l'idiotie et de l'imbécillité.* Thèse de Paris.

RETROUVEY (A.). — *Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile.*

1892.

TAQUET. — *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.* Thèse de Paris.

VIVIER (A.). — *Contribution à l'étude clinique de l'épilepsie chez les enfants.* Thèse de Paris.

1893.

NOIR (J.). — *Étude sur les tics.* Thèse de Paris.

1894.

BOYER (Joseph). — *Traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie.* — (Prix Belhomme à la Société Médico-psychologique de Paris.)

1895.

LEBLAIS (H.). — *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1896.

BOULLENGER (F.). — *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance.* Thèse de Paris.

GRIFFAULT (G.). — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie.* Thèse de Paris.

1897.

BOYER (Joseph). — *Éducation du sens musculaire chez*

l'idiot. — (Prix Belhomme à la Société Médico-psychologique de Paris.)

1898.

BALLARD. (J.). — *Comment meurent les épileptiques*. Thèse de Paris.

RELLAY (P.). — *Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie*. Thèse de Paris.

1899.

CESTAN (R.). — *Le syndrôme de Little. Sa valeur nosologique. Sa pathogénie*. Thèse de Paris.

TISSIER (P.). — *De l'influence de l'accouchement anormal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant*. Thèse de Paris.

FÈVRE (A.). — *Du mariage des épileptiques*. Thèse de Paris.

LE DUIGOU (E.). — *Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants*. Thèse de Paris.

HASLÉ (L.). — *Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie*. Thèse de Paris.

1900.

BOURNEVILLE. — *De l'Anatomie pathologique de l'Idiotie* (Rapport fait à la *Section de psychiatrie du Congrès international de médecine de* 1900 (Comptes-rendus de la Section, p. 167).

M[lle] PESKER (D.). — *Un cas d'affection familiale à symptômes cérébro-spinaux*. Thèse de Paris.

LEBRETON. — *De la sclérose en plaques chez les enfants*. Thèse de Paris.

DENIS (C.). — *Étude sur un cas anormal de perforation crânienne congénitale*. Thèse de Paris.

PRIME (J.). — *Des accidents toxiques produits par l'éosinate de sodium*. Thèse de Paris.

GILLET (Th.). — *Étude du rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité.* Thèse de Paris.

1901.

PAREUR (P). — *Purpura dans l'Épilepsie.* Thèse de Paris.

ROBIN (E.). — *Contribution à l'étude des malformations dentaires chez les idiots, hystériques et épileptiques.* — Thèse de Paris.

1902.

BOYER (Joseph). — *Le sens de l'ouïe chez l'idiot.* (Prix Belhomme à la Société Médico-psychologique de Paris).

BOYER (Jules). — *Contribution à l'étude du traitement de l'Idiotie.* Thèse de Paris.

CARTON (J). — *De la Durée de la vie chez les Épileptiques.* Thèse de Paris.

GABAIL (R.). — *Contribution à l'étude de l'étiologie infectieuse de certaines hydrocéphalies congénitales.* Thèse de Paris.

ESMÉNARD (J). — *Contribution à l'étude du Phénomène des orteils dans l'Épilepsie.* Thèse de Paris.

LE ROUX (Henri). — *De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme.* Thèse de Paris.

RENOULT (P. L.). — *Contribution à l'étude des rapports de l'Idiotie et du Rachitisme.* Thèse de Paris.

1903.

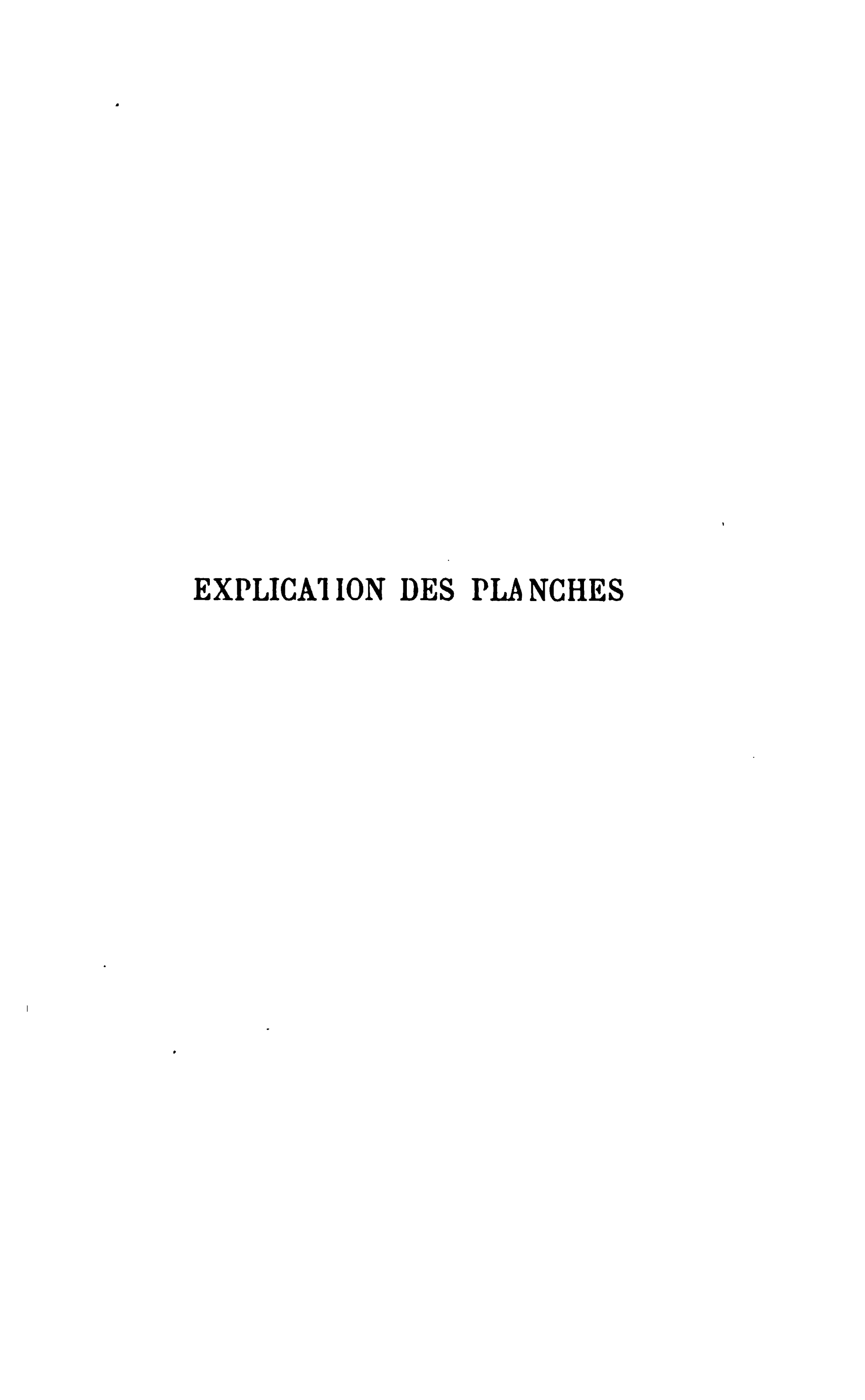
CALSAC (E). — *De l'hypothermie dans les encéphalopathies chroniques de l'enfance.* Thèse de Paris.

Liste des Internes de notre service (1880-1905)

Années.	Internes titulaires.	Internes provisoires.	Remplaçants (1).
1880	MM. d'Olier......	MM. Négel.......	«
1881	Bonnaire...	Wuillamier.	«
1882	Dauge......	Buret.......	«
1883	Boutier.....	Leflaive.....	«
1884	Budor *.....	Leriche.....	* M. Dubarry a remplacé M. Budor en juillet.
1885	Combarien..	Jonesco.....	«
1886	Conzette....	Baumgarten	«
	Isch-Wall..	Pilliet.......	«
1887	Sollier......	Raoult	«
1888	Durand *....	Mathon......	* M. Renault a remplacé M. Durand en novem.
1889	Camescasse.	Sorel.......	»
1890	Lamy.......	Flœrsheim..	«
	Morax......		
1891	Brézard.....	Banzet......	* M. Condamy a remplacé M. Finet le 12 novembre.
	Finet *......		
1892	Dauriac.....	Noir........	«
	Ferrier.....		
1893	Boncour(P.).	Lenoir......	«
	Bellot.......		
1894	Zeimet......	Dardel......	* M. Dujarrier a remplacé M. Arrizabalaga en août. M. Comte a remplacé M. Dujarrier en septembre.
	Arrizabalaga *		
1895	Tissier......	Rastouil....	«
	Lombard....		
1896	Mettetal.....	Pelisse......	* M. Rellay a remplacé M. Luys en mai.
	Luys *......		
1897	Schwartz...	Godineau...	«
	Jacomet....		
1898	»	Chapotin....	«
		Sébileau....	«
		Katz........	«
1899	Bellin.......	Aubertin....	«
	Poulard.....		
1900	Crouzon *...	Dionis du Séjour......	* M. Izard a remplacé M. Crouzon en juillet.
	Laurens....		

Liste des Internes de notre service (1880-1903)

Années.	Internes titulaires.	Internes provisoires.	Remplaçants.
1901	MM. Ambard * ...	MM. Morel	* M. Izard remplace M. Ambard du 1er mai au 1er octobre.
	Heitz *		* M. Lafarge a remplacé M. Heitz le 1er octobre.
1902	Lemaire	Lutaud	* M. Max Blumenfeld a remplacé M. Villaret le 1er juin.
	Villaret * ...		
		Friedel	«
1903	Mlle Maugeret ..	Darcanne ...	«
			«



EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

Jeu de *dominos en couleurs* (dominos chromatiques, etc., p. CLXXXIV).

PLANCHE II.

Face convexe de l'hémisphère cérébral de Veyr..., (p. 228 et 244).

PLANCHE III.

Face interne de l'hémisphère cérébral droit de Veyr..., (p. 228 et 243).

PLANCHE IV.

Face supérieure de l'encéphale de Perr.., (p. 245 et 247).

PLANCHE V.

Base de l'encéphale de Perr.., (p. 246 et 247).

PLANCHE VI.

Face convexe de l'hémisphère cérébral gauche de Tard... (*Obs.*, p. 198 et 214),

F^1, F^2, F^3, circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
SR, sillon de Rolando.
SS, scissure de Sylvius.
T^1 T^2, première et seconde circonvolutions temporales.
P^1, P^2, plis pariétaux.

PLANCHE VII.

Face interne de l'hémisphère cérébral gauche de Tard... (p. 198 et 214).

F^1, première frontale.
C C C, circonvolutions du corps calleux.
C C, corps calleux.
V L, ventricule latéral.
C C, couche optique.
C A, corne d'Ammon.
C H, circonvolution de l'hippocampe.
L O, lobe carré.
C, coin.
L O, lobe occipital.

PLANCHE VIII.

Face convexe de l'hémisphère cérébral droit de Tard....
(Même signification des lettres que pour la PL. VI).

PLANCHE IX.

Face interne de l'hémisphère cérébral droit de Tard....
(Même signification des lettres que pour la PL. VII.)

PLANCHE X.

Base de l'encéphale de Ham.... (Voir p. 248, 259, etc.). — Elle montre l'atrophie de l'*hémisphère cérébral droit* et de l'*hémisphère cérébelleux gauche*.

PLANCHE XI.

Face convexe de l'encéphale : Mieux que la précédente, cette planche montre très nettement le degré d'atrophie de l'hémisphère cérébral droit.

PLANCHE XII.

Hémisphère cérébral gauche : face interne.

F^1, frontale interne, avec un pli sinueux, $F^{1\prime}$, $F^{1\prime}$ faisant une saillie notable sur le plan de F^1. — LP, lobe paracentral. — CCC, pli doublant la circonvolution du corps calleux, cachée par le trigone T*g* et le *septum lucidum;* il aboutit en arrière) au lobe paracentral. — T*gp*, pilier postérieur du trigone (?. — S*cm*, partie du sillon calloso-marginal. — CS, tête du corps strié, dont l'autre partie est cachée par le trigone T*g*. — CO, couche optique. — NO, nerf optique. — PC, pédoncule cérébral. — *it*, incisure temporale très marquée. — CH, circonvolution de l'hippocampe. — LQ, lobe carré. — C, coin. — LO, lobe occipital. L, *f*, lobe fusiforme très volumineux. T^3, troisième temporale. Comparer cette PLANCHE avec les PL. VII et IX sur lesquelles se voit bien le *corps calleux*.

PLANCHE XIII.

Elle représente également la *face interne de l'hémisphère cérébral gauche*. La cloison et le trigone T*g*, ont été renversés en bas afin de découvrir le ventricule latéral et montrer qu'au-dessous de la circonvolution, irrégulière du corps calleux, CCC, *il n'y a pas de corps calleux* (p. 261). — Les lettres ont la même signification que sur la PL. XII.

PLANCHE XIV.

Hémisphère droit : face convexe. — LF, lobe frontal, ; toutes ses circonvolutions sont atteintes de *sclérose atrophique* à un degré extrêmement prononcé. — FA, PA, frontale et pariétale ascendantes paraissant confondues (Voir PL. IX). — SS, Scissure de Sylvius très distincte. En écartant ses lèvres on voit le lobule de l'insula très atrophié. La digitation antérieure, très atrophiée, existe dans toute sa longueur. La deuxième digitation est réduite à une courte crête. Les autres digitations ont disparu, d'où une surface plane, d'aspect un peu vitreux. — LT, lobe temporal, dont les

circonvolutions sont extrêmement atrophiées. — P^1, lobule pariétal supérieur. — P^2 lobule pariétal inférieur. — LO, lobe occipital.

PLANCHE XV.

Hémisphère cérébral droit : face convexe. — L'hémisphère est renversé en dehors afin de bien mettre en évidence la frontale et la pariétale ascendantes confondues sur la PLANCHE VIII, ainsi que le sillon de Rolando, SR.

PLANCHE XVI.

Hémisphère droit : face interne. — LF, lobe frontal. — F', portion de la première frontale ou frontale interne. — LP, lobe paracentral. — CCC, circonvolutions du corps calleux. — CC, corps calleux très réduit. — CS, corps strié. — CO, couche optique. — PC, pédoncule cérébral.

PLANCHE XVII.

Hémisphère droit : face inférieure. — LO, lobe orbitaire. — LT, lobe temporal composé de circonvolutions très atrophiées. — LO, lobe occipital.

ERRATA.

Page 164, ligne 11, l'indication *Fig.* 47 et 48 se rapporte au cerveau de Mai.. Elles correspondent aux **Planches II et III** des pages 165 et 166.

Page 228, ligne 5 au lieu de *Fig.* 1 et des **Planches I et II**, il faut lire : *Fig.* 60 et **Pl.** II et III. — Ligne 11, au lieu de *Fig.* 8, lire *Fig.* 60.

Page 215, ligne 15 au lieu de **Pl.** III, lire **Pl.** VII.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1902.

SECTION I : Bicêtre.

SECTION II : **Fondation Vallée.**

SECTION III. — **Assistance et enseignement.**

DEUXIÈME PARTIE

Clinique, thérapeutique, anatomie pathologique.

Imp. des Enfants de Bicêtre.


P¹
P²
PA
SR
FA
SS
T²
T¹
F¹


PC
CCC
CG
VL
CO
CA
CH
LQ


LO
C
LQ
CCC
CC
LP
CH
CA


CCC
LP
CO
CS
PO
BO
CH


LP
ccc
ccc
VL
Tt
LQ
C
LO
LO

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1903. PL. XIV.

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1903. PL. XV.



Bourneville, *Bicêtre*, 1903. **Pl. XVI.**



Bourneville, *Bicêtre*, 1903. **Pl. XVII.**

F
LP
CCC
LF
CC
CS
CO
PC

